

**PREVALENSI KISTA ODONTOGENIK RONGGA MULUT DI
RUMAH SAKIT IBNU SINA DAN RUMAH SAKIT SAYANG RAKYAT
PERIODE TAHUN 2011-2015**



SKRIPSI

*Diajukan Kepada Universitas Hasanuddin
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran Gigi*

OLEH:

AZNIRA NURUL HIDAYAH

J 111 13 320

**UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI
MAKASSAR**

2016

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : Prevalensi kista odontogenik rongga mulut di Rumah Sakit Ibnu Sina
dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode tahun 2011-2015

Oleh : Aznira Nurul Hidayah / J 111 13 320

Telah Diperiksa dan Disahkan
Pada Tanggal 15 September 2016

Oleh :

Pembimbing

drg. A. Tajrin, M.Kes, Sp.BM

NIP. 19741010 200312 1 002

Mengetahui,

Dekan Fakultas Kedokteran Gigi

Universitas Hasanuddin

Dr.drg.Bahrudin Thalib, M.Kes, Sp.Prof

NIP. 19640814 199103 1 002

Dengan ini menyatakan bahwa mahasiswa yang tercantum namanya dibawah ini:

Nama : Aznira Nurul Hidayah

Nim : J111 13 320

Judul Skripsi : Prevalensi Kista Odontogenik Rongga Mulut di Rumah Sakit
Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat Periode Tahun
2011-2015

Menyatakan bahwa judul skripsi yang diajukan adalah judul yang baru dan tidak
terdapat di Perpustakaan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Hasanuddin.

Makassar, 15 September 2016

Staf Perpustakaan FKG-UH



Nuraeda A, S.Sos

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas segala nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Prevalensi Kista Odontogenik Rongga Mulut di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015”. Salam dan shalawat tak lupa penulis panjatkan kepada Rasulullah SAW, yang menjadi teladan terbaik sepanjang masa. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana Kedokteran Gigi. Selain itu skripsi ini diharapkan dapat memberikan manfaat tidak hanya untuk penulis tetapi juga bagi pembaca dan peneliti lainnya untuk menambah pengetahuan dalam bidang Bedah Mulut Kedokteran Gigi.

Dalam skripsi ini, penulis mendapatkan banyak bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. **Dr. drg. Bahrudin Thalib, M. Kes, Sp. Pros** selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi
2. **Drg. Andi Tajrin, Sp.BM** selaku dosen pembimbing yang telah bersedia meluangkan banyak waktu untuk membimbing, mengarahkan, dan memberi nasehat penulis dalam penyusunan skripsi ini.
3. **Prof. Dr. drg. Hendra Chandha** sebagai Penasehat Akademik yang terus memberikan bimbingan, perhatian, nasehat dan dukungan bagi penulis selama perkuliahan.

4. Kepada kedua orang tua **Drs. H. Zakir Syawal** dan **drg. Hj. Balda Ishak** selalu tulus mendoakan penulis dalam setiap kegiatan dan proses yang dijalani, memberikan motivasi yang tiada hentinya, serta dukungan baik secara materi maupun non-materi selama proses penelitian untuk penyusunan skripsi ini.
5. Kepada saudaraku **Alm. Muhammad Yazhar Habie, Azrida Nurul Aliyah dan Azdira Nurul Ainie** yang memberikan kebahagiaan dalam hidup penulis, serta motivasi dan dukungan di setiap harinya.
6. Kepada sahabat seperjuanganku **Hastri Adhe Ramdhany dan Pratiwi Purnama** terima kasih atas nasihat dan dukunganya selama ini.
7. Kepada Bebi Cantik **Nisa Musfirah, Andi Yustina dan Ayu Wahyuni** terima kasih telah memberikan keceriaan kepada penulis, serta dukungan dan doanya.
8. Kepada 10 (Selamanya Sahabat) **Icha Syahnur, Yunisa Rosa Dewika, Adini Aidah, Astari Dewi, Rauf Rezki Gafur, Muh.Isyraqi, Basuki Rahmat, Fahrul Rijal dan Alvian Prawira Yudha** terima kasih atas kebahagiaannya selama ini, semoga tetap menjadi 10.
9. Kepada **Naufal Mowandy** yang telah setia mendampingi dan banyak memberikan motivasi, semangat, dan bantuan kepada penulis selama menyusun skripsi.
10. Kepada teman seperjuanganku **Nia Tarakanita** yang telah banyak membantu penulis bersama-sama menghadapi cobaan, serta memberikan keceriaan kepada penulis.
11. Teman-temanku **Restorasi 2013** yang telah memberikan keceriaan dan motivasi untuk selalu semangat, serta bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

12. Teman-teman **Pengurus BEM FKG Unhas Periode 2015/2016** terima kasih atas bantuan, semangat, dan Prosesnya selama penulis berada di Fakultas Kedokteran Gigi.
13. Seluruh staf **perpustakaan FKG UNHAS** dan **staf bagian Bedah Mulut FKG UNHAS** yang telah banyak membantu penulis.

Terima kasih kepada seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu atas bantuan selama penyusunan skripsi ini. Tiada imbalan yang dapat penulis berikan selain mendoakan semoga bantuan dari berbagai pihak diberi balasan oleh Allah SWT.

Akhirnya dengan segenap kerendahan hati, penulis mengharapkan agar kiranya tulisan ini dapat menjadi salah satu sumbangsih ilmu dan peningkatan kualitas pendidikan di Fakultas Kedokteran Gigi ke depannya, juga dalam usaha peningkatan perbaikan etika penelitian dalam penelitian Kedokteran Gigi dalam masyarakat. Aamiin.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 13 September 2016

Penulis

PREVALENSI KISTA ODONTOGENIK RONGGA MULUT DI RS. IBNU SINA DAN RS. SAYANG RAKYAT PERIODE TAHUN 2011-2015

Aznira Nurul Hidayah

ABSTRAK

Kista didefinisikan sebagai suatu rongga yang berisi cairan, semi cairan, ataupun gas yang diliputi oleh jaringan membran epitel. Penyebab timbulnya kista kadang tidak diketahui, namun biasanya merupakan akibat dari proses inflamasi, trauma, ataupun karena cacat embriogenik. Tetapi pada umumnya, sebagian besar kista odontogen terjadi akibat adanya proliferasi dari sisa epitel pada saat perkembangan gigi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi kista odontogenik rongga mulut di RS. Ibnu Sina dan RS. Sayang Rakyat periode tahun 2011-2015. Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional deskriptif. Rancangan penelitian adalah *cross sectional study*. Penelitian ini merupakan penelitian dasar dimana penelitian dilakukan dengan cara mengambil data dari buku rekam medik tahun 2011-2015, kemudian hasilnya dimasukkan ke dalam tabel distribusi dan grafik. Hasil penelitian terklasifikasi menderita kasus kista odontogenik di RS. Ibnu Sina dan RS. Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik, dari 59 orang (100%) yang diperiksa dan didiagnosa kista odontogen, didapatkan 27 orang (45,8%) menderita kista dentigerous, 6 orang (10,2%) menderita kista maksilaris, 6 orang (10,2%) menderita kista odontogenik keratosis, 19 orang (32,2%) menderita kista radikular, dan 1 orang (1,6%) menderita kista paradental.

Kata kunci: kista odontogenik, prevalensi, kista dentigerous.

Prevalence of Odontogenic Cyst of The Oral Cavity in Ibnu Sina Hospital and Sayang Rakyat Hospital in Period 2011-2015

Aznira Nurul Hidayah

ABSTRACT

Cyst is defined as a cavity filled with fluid, semi-fluid, or gas which is surrounded by epithelial membrane tissue. The cause of cyst sometimes unknown, but usually it's the result of inflammatory process, trauma, or embriogenic defect. Generally, most of the odontogenic cyst are the result of residual epithelium proliferation during the tooth development. The objective of this study is to determine the prevalence of oral odontogenic cyst in the Ibnu Sina and Sayang Rakyat Hospital in the period of 2011-2015. The type of the research is descriptive observational with cross sectional design. This study is a basic research which is conducted by collecting data from medical record book in 2011-2015, and then, the result is made in distribution table and charts. The results of the study classified people suffered odontogenic cyst cases in Ibnu Sina Hospital and Sayang Rakyat Hospital in period 2011-2015 is based on the classification of odontogenic cyst. From 59 people (100%) examined and diagnosed with a odontogenic cyst, the research obtained 27 people (45.8%) suffered from dentigerous cysts, 6 people (10.2%) suffered from maxillary cyst , 6 people (10.2%) suffered from odontogenic cyst keratosis, 19 people (32.2%) suffered from radicular cyst, and 1 person (1.6%) had paradental cyst.

Keywords: odontogenic cyst, prevalence, dentigerous cyst.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBARAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR DIAGRAM.....	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan masalah.....	4
1.3. Tujuan penelitian.....	5
1.4. Manfaat penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Kista	6
2.2. Kista Odontogenik.....	7
2.3. Klasifikasi Kista Odontogenik	8
2.3.1. Kista Radikular.....	8

2.3.2. Kista Periodontal Lateral dan Gingiva Lateral.....	15
2.3.3. Kista Dentigerous.....	18
2.3.4. Kista Erupsi	23
2.3.5. Kista Gingiva dan Palatal pada bayi baru lahir.....	23
2.3.6. Kista Gingiva pada orang dewasa	24
2.3.7. Kista Keratosis Odontogenik	25
2.3.8. Kista Odontogenik yang mengalami kalsifikasi	29
2.3.9. Kista Odontogenik Glandular	30

BAB III KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka konsep	32
---------------------------	----

BAB IV METODE PENELITIAN

4.1. Jenis penelitian	33
4.2. Rancangan Penelitian	33
4.3. Subjek penelitian	33
4.4. Tempat dan waktu penelitian	33
4.5. Kriteria sampel	34
4.5.1. Kriteria inklusi.....	34
4.5.2. Kriteria eksklusi	34
4.6. Alat dan bahan.....	34
4.7. Definisi Operasional Variabel.....	34
4.8. Tempat pengambilan sampel	35
4.9. Data	35
4.10. Alur penelitian.....	36

BAB V HASIL PENELITIAN.....	37
BAB VI PEMBAHASAN.....	44
BAB VII PENUTUP	51
7.1. Simpulan	51
7.2. Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA	54
LAMPIRAN	56

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik.....	37
Tabel 5.2 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan jenis kelamin	39
Tabel 5.3 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan kelompok umur	41
Tabel 5.4 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan rentangan tahun	42

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik	38
Diagram 5.2 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan jenis kelamin	39
Diagram 5.3 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan kelompok umur	41
Diagram 5.4 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan rentangan tahun	43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambaran radiografi kista radikular	12
Gambar 2.2 Gambaran Histopatologis kista radikular	13
Gambar 2.3 Gambaran radiologis kista lateral periodontal	16
Gambar 2.4 Gambaran histopatologis kista lateral periodontal	17
Gambar 2.5 Gambaran radiologis kista dentigerous	20
Gambar 2.6 Gambaran histopatologis kista dentigerous.....	22
Gambar 2.7 Gambaran radiogis kista keratosis odontogenik.....	27
Gambar 2.8 Gambaran histopatologis kista keratosis odontogenik (a) pada lapisan ortokeratin (b) pada lapisan parakeratin	28

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Kista merupakan salah satu kelainan dalam rongga mulut yang sering dijumpai oleh dokter gigi. Kista rongga mulut merupakan suatu rongga patologis yang dilapisi oleh epitel yang terdiri atas epitel dental ataupun epitel nondental serta berisi cairan atau setengah cairan. Kista dapat ditemukan di dalam jaringan lunak atau di antara tulang atau dapat pula berada di atas permukaan tulang.¹ Menurut Kramer, kista adalah sebuah rongga patologis yang berisi cairan, semi cair atau materi seperti gas yang bukan berasal dari penumpukan pus. Sering terjadi, tetapi tidak mutlak dan juga dibatasi dengan epithelium.²

Kista pada rongga mulut bukanlah lesi yang terbatas hanya pada manusia modern saja. Menurut penelitian Ruffer pada tahun 1991, pada patologi manusia kuno dari Mesir menemukan terdapat lesi pada rahang dari tiga mummi spesimen yang diperkirakan adalah kista radikuler. Spesimen yang pertama dari zaman Predinastik, memperlihatkan adanya sisa-sisa akar pada daerah premolar dua kanan pada maksila terdapat sebuah rongga pada tulang di apeks gigi tersebut. Pada spesimen kedua yang diperkirakan berasal dari periode yang sama, gigi geligi pada mandibula menunjukkan tanda-tanda atrisi dan terdapat kista pada tulang yang meliputi daerah molar satu permanen. Spesimen ketiga berasal dari periode

Cleopatra terdapat daerah berbentuk oval dengan pinggiran halus berukuran 12x8 mm pada dinding luar dari tulang alveolar di daerah premolar. Sebuah rongga artifisial yang sangat kecil dibuat melalui dinding eksternal dari mandibula yang berjalan sampai ke rongga depan dinding yang halus itu, 36x20 mm dimana akar-akar dari gigi kaninus, insisivus lateral dan akar anterior dari gigi molar kedua menjadi terbuka.²

Kista rahang lebih sering ditemukan dibandingkan kista tulang lainnya karena banyaknya sisa-sisa sel epitel yang tertinggal pada jaringan setelah pembentukan gigi.³ Pertumbuhan kista rahang berlangsung lambat, asimtomatik kecuali bila terinfeksi. Mayoritas kista berukuran kecil dan tidak menyebabkan pembengkakan di permukaan jaringan. Apabila tidak ada infeksi, maka secara klinis pembesarannya minimal dan berbatas jelas. Pembesaran kista dapat menyebabkan asimetri wajah, pergeseran gigi dan perubahan oklusi, hilangnya gigi yang berhubungan atau gigi tetangga, serta pergeseran gigi tiruan. Kista yang terletak di dekat permukaan dan telah meluas ke dalam jaringan lunak, sering terlihat berwarna biru terang dan membran mukosa yang menutupi sangat tipis. Kista yang terinfeksi menyebabkan rasa sakit bila disentuh. Semua tanda klasik infeksi akut akan terlihat jika terjadi infeksi. Kista yang terletak di dekat permukaan, telah meluas ke dalam jaringan lunak sering terlihat berwarna biru terang dan membran mukosa yang menutupinya sangat tipis.⁴ Keberadaan kista dalam rahang dapat membahayakan penderitanya, terlebih lagi kista yang mengalami perubahan bentuk dan akhirnya mempunyai kecenderungan untuk terinfeksi. Bahkan kista rahang dapat berubah menjadi keganasan (*Malignancy*) atau terinfeksi.⁵ Pada

umumnya kista rongga mulut dan regio facial terdapat pada rahang, merupakan lesi *intraosseus* atau *intraony*. Beberapa kista rahang menyatu dengan gigi atau ditemukan pada daerah pertumbuhan gigi. Kista yang ditemukan pada daerah persambungan *orofacial* (kista fisural) yaitu kista nonodontogenik yang meliputi nasoalveolaris, median, kanalis, incisivus (nasopalatina) dan globulomaksilaris.⁵

Kista dilihat dari gambaran radiografik menunjukkan lapisan tipis radiopak yang mengelilingi bulatan radiolusensi. Namun dapat terjadi kalsifikasi distrofik pada kista yang sudah lama berkembang, sehingga menyebabkan gambaran kista tidak sepenuhnya radiolusensi pada struktur internalnya. Kista dapat berbentuk unilokular maupun multilokular.⁶ Kista tumbuh secara ekspansi hidrolik dan dilihat dari gambar radiografi menunjukkan lapisan tipis radioopak yang mengelilingi radiolusensi. Adanya proses kortikasi yang terlihat secara radiografi adalah merupakan hasil dari kemampuan tulang disekitarnya untuk membentuk tulang baru lebih cepat dibandingkan proses resorpsinya, hal ilmiah yang terjadi selama perluasan lesi.³

Berdasarkan pembentukannya, kista terbagi atas dua yaitu kista odontogenik dan kista nonodontogenik. Kista odontogenik berasal dari sisa jaringan pembentuk gigi sedangkan kista non-odontogenik pembentukannya tidak berkaitan dengan jaringan pembentuk gigi¹. Kista odontogenik ini dapat dibagi lagi menjadi tipe *Developmental* dan *Inflammatory*.⁴

Kista odontogenik merupakan kista yang paling sering dijumpai seperti kista apikal atau radikular, kista dentigerous, dan kista keratosis odontogenik. Selain itu terdapat juga kista odontogenik lainnya seperti kista residual, kista periodontal

lateral, kista erupsi, kista gingival dan palatal, kista odontogenik yang mengalami kalsifikasi (*calcifying odontogenic cyst*).¹

Berdasarkan penelitian Jean-Paul M dkk pada tahun 2006 dengan jumlah kasus 695 penderita kista odontogenik yang terdapat di Pitie-salpetriere University Hospital, Paris, Prancis yaitu kista periodontal merupakan yang tertinggi yaitu sebanyak 53,5% diikuti kista dentigerous (22,3%), Keratosis odontogenik (19,1%) kista residual (4,6%), dan kista lateral periodontal (0,3%).⁷ Menurut Sudiono pada tahun 2011 dari semua kista rongga mulut, yang terbanyak adalah kelompok kista odontogenik, seperti kista radikular, kista dentigerous, dan keratosis odontogenik. Jenis kista odontogenik yang paling sering dijumpai adalah kista radikular sekitar 65-70%. Frekuensi kejadiannya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan kista lainnya, seperti kista dentigerous yang berkisar 15-18%, ataupun kista keratosis odontogenik berkisar 3-10% serta kista nasopalatinus sekitar 2-5%.¹

Di bagian Ilmu Bedah Mulut, Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat terdapat beberapa kasus kista odontogenik sehingga berdasarkan uraian latar belakang diatas peneliti berniat ingin melakukan penelitian tentang “Prevalensi Kista Odontogenik Rongga Mulut di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015”.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka dapat dirumuskan masalah sebagai berikut :

Bagaimana prevalensi terjadinya kista odontogenik rongga mulut di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat pada tahun 2011-2015?

1.3 Tujuan penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui prevalensi terjadinya kista odontogenik rongga mulut pada tahun 2011-2015 di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat.

1.4 Manfaat penelitian

Adapun manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian yang dilakukan ini adalah sebagai berikut :

1. Diharapkan penelitian ini dapat menjadi sumber informasi mengenai prevalensi penderita kista odontogenik rongga mulut.
2. Memberi informasi mengenai prevalensi kista odontogenik rongga mulut yang paling banyak pada tahun 2011-2015 di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat.
3. Diharapkan penelitian ini dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan bagi pembaca serta menginspirasi peneliti lain untuk mengembangkan penelitian serupa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kista

2.1.1 Definisi

Kista didefinisikan sebagai suatu rongga yang berisi cairan, semi cairan, ataupun gas yang diliputi oleh jaringan membran epitel.⁸ Menurut Kramer (1974), kista adalah suatu rongga patologis yang berisi cairan, semi cairan, atau berisi gas yang terbentuk bukan karena akumulasi pus.⁹ Kista dapat berasal dari sisa jaringan pembentuk gigi yang dinamakan kista odontogenik, dapat pula merupakan kista yang pembentukannya tidak berkaitan dengan jaringan pembentuk gigi yang dinamakan kista nonodontogenik. Dari semua kista rongga mulut, yang terbanyak adalah kelompok kista odontogenik.¹

2.1.2 Etiologi dan patogenesis

Penyebab timbulnya kista kadang tidak diketahui, namun biasanya merupakan akibat dari proses inflamasi, trauma, ataupun karena cacat embriogenik. Tetapi pada umumnya, sebagian besar kista odontogen terjadi akibat adanya proliferasi dari sisa epitel pada saat perkembangan gigi. Epitel yang berperan pada proses terjadinya kista odontogen adalah sebagai berikut: *Epithelial rests of Malassez*, *reduced enamel epithelium*, dan *glands of Serres*. *Epithelial rests of Malassez* merupakan epitel yang terbentuk akibat dari proses fragmentasi dari *epithelial root sheath of*

Hertwig pada saat proses odontogenesis, epitel ini berperan pada proses pembentukan kista radikular, kista residual, dan kista paradental. *Reduced enamel epithelium* merupakan epitel yang berasal dari enamel organ dan menyelubungi mahkota gigi yang tidak erupsi, epitel ini berperan pada pembentukan kista dentigerous dan kista erupsi. *Glands of Serres* merupakan epitel yang tersisa setelah proses disolusi dari dental lamina, epitel ini berperan pada pertumbuhan *odontogenic keratocyst*, kista lateral, dan kista pada gingival.^{1,10}

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi Berdasarkan klasifikasi WHO tahun 2005 (gambar 2.3), Kista odontogen Di subklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu *inflammatory cyst* dan *developmental cyst*.

Yang termasuk *inflammatory cyst* adalah: *radicular cyst*, *residual cyst* dan *paradental cyst*, sedangkan yang termasuk *developmental cyst* adalah : *gingival cyst of newborn*, *gingival cyst of adult*, *odontogenic glandular cyst*, *dentigerous cyst*, *orthokeratinized odontogenic cyst*, *eruption cyst*, *lateral periodontal cyst*, *calcifying odontogenic cyst* dan *odontogenic keratocyst*.⁹

2.2. Kista odontogenik

Kista odontogen merupakan kista yang dinding epitelnya berasal dari proliferasi sisa-sisa epitel odontogenik yaitu *epithelial rest of Malassez*, *gland of Serres*, dan *reduced enamel epithelium*. Berdasarkan etiologinya, kista odontogen diklasifikasikan menjadi *inflammatory cyst* dan *developmental cyst*.⁹

2.3. Klasifikasi Kista Odontogenik

2.3.1 Kista Radikular

Kista radikular adalah jenis kista yang insidensinya paling sering ditemukan dalam praktik kedokteran gigi, yaitu sekitar 65-70% dari keseluruhan kasus kista odontogenik dan merupakan penyebab paling umum dari suatu pembengkakan kronis dalam mulut.¹ Kista radikular merupakan suatu rongga patologis yang atau kantung yang berisi cairan, eksudat rahang, kristal-kristal kolestrol, dan juga protein konsentrasi tinggi.⁹

2.3.1.1 Etiologi dan pathogenesis

Kista radikular diawali oleh adanya proses peradangan yang kemudian meluas ke daerah periapeks atau ujung akar gigi, hingga pada akhirnya terbentuk suatu massa berupa kista. Penyebab terjadinya kista radikular ini adalah pulpa yang mengalami infeksi kronis. Hal ini biasanya terjadi karena adanya karies yang besar ataupun trauma yang tidak dirawat sehingga berlanjut lebih dalam menuju pulpa. Infeksi pulpa tersebut kemudian menyebabkan pulpa menjadi non vital dan infeksi pulpa akan terus menyebar ke daerah periapeks melalui foramen apikal. Kista radikular umumnya merupakan manifestasi dari karies gigi maupun pulpitis yang kemudian melalui proses peradangan menjalar dari pulpa ke daerah periapeks gigi. Proses peradangan yang berasal dari pulpa non vital membentuk jaringan granulasi yang disebut sebagai granuloma periapeks. Granuloma ini mempunyai ciri berupa adanya jaringan granulasi yang meradang di daerah apeks gigi. Pertumbuhan kista radikular sering didahului oleh pembentukan granuloma apikal.³

Pada ligament periodontal, daerah periapiks, dan sementum, terdapat sisa sel pembentuk gigi atau sisa epitel Malassez. Sel ini tidak lagi mempunyai sifat mitosis. Selama pembentukan massa jaringan granulasi di periapiks, akan ada sisa-sisa epitel Malassez yang terjebak ke dalam massa jaringan tersebut. Sel-sel epitel yang terjebak akan mengaktifkan sifat mitosisnya kembali akibat adanya proses peradangan. Sisa-sisa epitel Malassez di dalam granuloma ini akan mengalami proliferasi terus-menerus sehingga membentuk suatu kumpulan sel yang semakin bertambah besar menjadi massa epitel. Kumpulan sel akan terus bertambah besar karena mendapat pasokan makanan yang cukup dari jaringan penyambung di sekitarnya, namun pada akhirnya sel-sel ini akan kekurangan makanan. Sel yang berada di bagian tengah akan terpisah dari pembuluh darah kapiler dan cairan jaringan. Kemudian sel-sel tersebut akan mengalami degenerasi, nekrosis, dan mencair serta pada akhirnya membentuk suatu rongga berisi cairan yaitu rongga kista. Pulau-pulau epitel bersatu mengelilingi lumen kista dan terbentuklah kista radikular.¹

Terdapat tiga faktor utama dalam patogenesis pembentukan kista radikular, yaitu proliferasi epitel, pengaruh hidrastatik cairan kista, dan faktor resorpsi tulang. Tahap awal adalah adanya infeksi pada kamar pulpa yang merangsang peradangan dan proliferasi sisa epitel Malassez. Proliferasi epitel merupakan hasil iritasi dari produk iritan yang berasal dari saluran akar yang terinfeksi, sehingga menyebabkan peradangan kronis di daerah periapiks. Proliferasi sel epitel ini akan berlangsung terus-menerus dan membentuk suatu kumpulan sel. Sel-sel yang terdapat pada bagian tengah kumpulan ini kemudian akan terpisah-pisah dan semakin jauh dari jaringan

penyambung di sekitarnya, yang merupakan sumber makanannya. Kemudian sel-sel menjadi rusak karena kekurangan sumber makanan dan pada akhirnya akan mengalami degenerasi, nekrosis, dan menjadi cair. Oleh karena itu, akan terbentuk suatu rongga ber dinding epitel yang mengandung cairan di dalamnya. Kista radikular berkembang secara lambat sehingga menimbulkan pembengkakan dan tidak memberikan gejala sampai kista tersebut cukup besar dan tampak mencolok. Faktor yang mempengaruhi pembesaran kista radikular adalah tekanan hidrostatik dalam rongga kista. Apabila infeksi terus berlanjut, akumulasi cairan kista akan semakin banyak, sehingga kista akan semakin membesar. Tekanan hidrostatik di dalam kista adalah sekitar 70 mmHg.¹

Sebagian besar cairan rongga kista adalah eksudat rahang dan mengandung protein dengan konsentrasi tinggi yang dapat memengaruhi tekanan osmotik. Selain itu, dijumpai juga adanya kolesterol, produk sel darah yang telah rusak, sisa sel epitel, dan fibrin. Adanya dinding kapiler kista radikular yang bersifat permeable, maka peningkatan tekanan osmotik dalam rongga kista menyebabkan tertekannya dinding kista tersebut sehingga kista akan membesar.¹

Tekanan cairan pada dinding kista atau tekanan hidrostatik akan meningkatkan aktivitas osteoklas, sehingga terjadi resorpsi tulang. Aktivitas osteoklas pada tulang ini merupakan pengaruh langsung dari prostaglandin dan faktor resorpsi tulang lainnya. Faktor-faktor ini berasal dari sel peradangan serta unsur-unsur selular pada daerah di sekeliling kista.¹⁰

2.3.1.2 Gambaran klinis

Kista radikular umumnya terletak di daerah apeks dan sangat jarang ditemukan pada daerah tepi. Kista radikular dapat menimbulkan rasa sakit dan pembengkakan pada rahang karena adanya proses peradangan. Jika kista ini terinfeksi, pembengkakan akan terasa sangat sakit dan dapat meluas secara cepat, dan sebagian menyebabkan radang dan edema. Pembengkakan berbentuk bulat dan pada awalnya terasa keras. Ketika tulang mulai menipis, akan terasa berbunyi bila mengalami tekanan. Pada akhirnya, sebagian dinding tulang akan mengalami resorpsi sehingga menimbulkan pembengkakan yang berfluktuasi, berwarna kebiruan, dan berada di bawah membran mukosa. Kista radikular yang telah membesar disertai pembengkakan dan sensitivitas ringan mungkin dapat menyebabkan pergeseran dan goyangnya gigi-gigi yang berdekatan dengan kista tersebut. Permukaan kista radikular dapat kasar atau halus bergantung pada tingkat perkembangannya. Bagian dalam kista merupakan suatu massa jaringan lunak seperti daging dan juga eksudat purulen atau seropurulen. Isi dapat bergumpal-gumpal, berisi kristal-kristal kolesterol yang sedikit berkilauan.¹

2.3.1.3 Gambaran radiografis

Pemeriksaan radiologis merupakan salah satu jenis pemeriksaan yang diperlukan untuk memastikan adanya suatu kista radikular. Pemeriksaan radiografis ini dapat dibuat secara intraoral atau ekstraoral. Gambaran radiologis kista radikular biasanya berupa daerah radiolusen yang bulat atau ovoid dengan batas luar yang jelas. Batas luar yang berupa gambaran radiopak. Diameter kista radikular adalah sekitar 5 mm

atau kurang hingga beberapa sentimeter dan mayoritas penderita memiliki kista berdiameter kurang dari 1,5 cm.¹



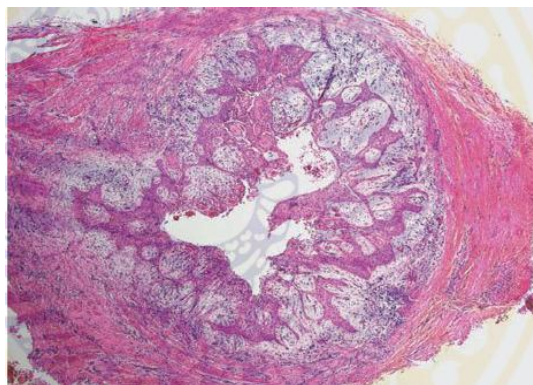
Gambar 2.1 : Gambaran radiografi kista radikular

Sumber : **Cysts of the oral and maxillofacial regions 4th**, Shear M, Speight P, Blackwell Munsgaard

2.3.1.4 Gambaran Histopatologis

Pemeriksaan makroskopis kista radikular yang lengkap biasanya menunjukkan suatu massa jaringan lunak berbentuk bulat atau ovoid yang tidak beraturan. Kista radikular merupakan suatu kantung berdinding epitel yang berisi cairan, jaringan nekrotik, kristal kolesterol dan hampir selalu dijumpai adanya pus. Pada umumnya kista radikular memiliki diameter sekitar 0,5 sampai 1.5 cm dengan ketebalan dinding yang bervariasi. Lapisannya dapat halus ataupun kasar dan didalamnya mengandung cairan yang tampak berkilau karena terdapat kandungan kolesterol, atau materi yang agak kental. Gambaran mikroskopis kista radikular terdiri atas kapsul dinding kista serta cairan dalam rongga kista. Dinding kista dilapisi oleh epitel gepeng berlapis tak berkeratin yang menunjukkan adanya penonjolan ke luar,

spongiosis, dan hyperplasia. Epitel gepeng berlapis umumnya relatif tebal, sering dijumpai akantosis, ulserasi, sedangkan keratinisasi jarang dijumpai. Lapisan epitel tersebut merupakan hasil proliferasi sisa sel epitel Malassez. Ketebalan lapisannya bervariasi, yaitu antara 1 sampai 50 lapisan sel dan pada kebanyakan kasus memiliki ketebalan antara 6 sampai 20 lapisan sel. Kadang-kadang lapisan sel basal tidak lengkap atau mungkin juga tidak ada sama sekali. Proliferasi aktif sisa epitel Malassez dapat membentuk lapisan epitel yang tak beraturan, hiperplastik, tampak seperti jala, cincin ataupun berbentuk *arcade* dan tampak adanya sel radang akut. Pada keadaan tertentu sel-sel epitel gepeng berlapis tidak berkeratin ini akan mengalami metaplasia sehingga dapat berbentuk sel-sel mukus dan sel epitel kolumnar bersilia. Keberadaan kedua sel ini sedikit berbeda, sel mukus atau sel goblet ditemukan pada kista radikular rahang atas dan bawah, sedangkan sel-sel bersilia ditemukan pada kista radikular rahang atas. Selain kedua sel tersebut, terkadang juga ditemukan adanya badan hialin Rhusston dengan gambaran eosinofilik. Besarnya sekitar 0,1 mm dan bentuknya dapat beraneka ragam, misalnya seperti jepitan, lurus, berlekuk-lekuk, ataupun memanjang.¹



Gambar 2.2 : Gambaran Histopatologis kista radikular

Sumber : **Cysts of the oral and maxillofacial regions 4th**, Shear M, Speight P, Blackwell Munsgaard

2.3.1.4 Penatalaksanaan

Lesi periapikal (kista/granuloma) akan dapat diangkat dengan baik dengan ekstraksi gigi penyebab yang nonvital dan diikuti dengan kuretase pada bagian apikal tersebut. Alternatif lain adalah dilakukan pengisian saluran akar yang diikuti dengan *apicoectomy* (direct kuretase dari lesi). Yang ketiga, dan yang paling sering digunakan, adalah menggunakan pengisian saluran akar saja, karena biasanya pada banyak lesi periapikal granuloma akan hilang setelah pengangkatan daerah yang menyebabkan infeksi (nekrotik pulpa). Bedah (*apicoectomy dan curetage*) adalah untuk menghilangkan lesi yang persisten (menetap), indikasi untuk kista yang ada pada perawatan saluran akar yang gagal.¹

Ketika gigi yang nekrotik diangkat namun kista tidak terangkat seluruhnya, maka mungkin akan terjadi *residual cyst* pada waktu beberapa bulan atau beberapa tahun kemudian setelah dilakukan ekstirpasi awal. Jika kista residual atau lesi kista periapikal awal tidak dirawat, perkembangan akan terus berlanjut dan menyebabkan resorpsi tulang yang signifikan dan kemudian akan melemahkan mandibula atau maksila. Perbaikan tulang secara sempurna biasanya akan tampak setelah dilakukan perawatan pada kista periapikal atau residual.²

2.3.2 Kista periodontal lateral dan kista gingival lateral

2.3.2.1 Etiologi dan patogenesis

Kista periodontal lateral merupakan kista odontogenik yang perkembangannya diduga berasal dari lamina dentis dalam tulang interdental. Kista ini dianggap merupakan bagian kista gingiva pada orang dewasa yang berada dalam tulang. Rangsangan yang menyebabkan terjadinya proliferasi kistik dari sisa epitel Malassez belum diketahui secara pasti. Kista gingiva lateral hanya mengenai jaringan gingiva, tidak mengenai tulang. Kista periodontal lateral dan kista gingiva lateral mungkin berasal dari degenerasi kistik sisa sel epitel dalam ligament periodontal atau gingiva. Adapula yang berpendapat kista berasal dari trauma.¹

2.3.2.2 Gambaran klinis

Kista periodontal lateral dan kista gingival pada dewasa banyak di temui pada gigi premolar mandibula dan regio cuspid dan juga pada daerah ini. Pada maksila, lesi biasanya ditemukan pada regio insisif. Kista Periodontal lateral biasanya lebih cenderung menyerang laki-laki dengan distribusi 2 hingga 1. Kista Gingival pada dewasa tidak menunjukkan kecenderungan kelamin. Median usia untuk kedua tipe ini adalah diantara dekade ke-lima dan ke-enam, yaitu berkisar antara 20-85 tahun untuk kista periodonta lateral dan 40-75 tahun untung kista gingiva pada dewasa.¹

Secara klinis, kista gingiva menunjukkan adanya pembengkakan kecil pada jaringan lunak di dalam atau pada bagian inferior dari interdental papil. Dimana akan tampak diskolorisasi yang berwarna kebiru-biruan ketika sedikit membesar.

Kebanyakan diameter kista berukuran kurang dari 1 cm. Dan tidak ada gambaran radiografik yang terlihat.¹

Kista periodontal lateral bersifat asimtomatik, mudah di gambarkan, berbentuk bundar atau *unilocular teardrop* (seperti tetesan air mata) dan biasanya multilokular.¹

2.3.2.3 Gambaran radiologi

Gambaran radiologis kista periodontal lateral member gambaran tipikal radiolusen unilokular berbatas tegas terletak antara akar-akar gigi yang masih vital dari gigi yang erupsi pada usia remaja dan dewasa muda. Tempat predileksi di area kaninus premolar bawah. Pada, maksila sering ditemukan di area kaninus insisif lateral. Umumnya gambaran radiolusen berdiameter kurang dari 10 mm.¹

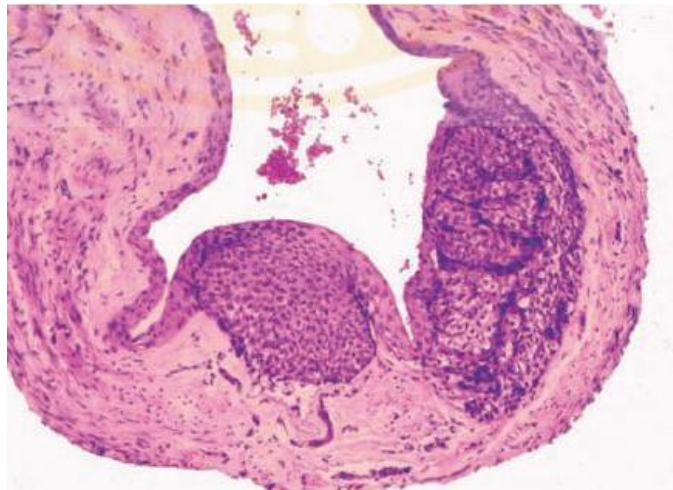


Gambar 2.3 : Gambaran radiologis kista lateral periodontal

Sumber : *Cysts of the oral and maxillofacial regions* 4th, Shear M, Speight P, Blackwell Munsgaard

2.3.2.4 Gambaran histopatologi

Kista dilapisi epitel gepeng berlapis dengan keratin tipis atau dua lapis epitel kubis rendah atau oleh epitel yang tak berkeratin. Kista periodontal lateral yang berbentuk polikistik secara mikroskopis dinamakan kista “botryoid odontogenik”.¹



Gambar 2.4 : Gambaran histopatologis kista lateral periodontal

Sumber : *Cysts of the oral and maxillofacial regions* 4th, Shear M, Speight P, Blackwell Munsgaard

2.3.2.5 Penatalaksanaan

Eksisi biasanya merupakan pilihan baik pada kista gingival maupun pada kista periodontal lateral. Sedangkan kista *botryoid odontogenik* memiliki kecenderungan untuk rekuren. Untuk mengatasinya, di sarankan melakukan perawatan untuk kista multilokular odontogenik.¹¹

2.3.3 Kista dentigerous

Kista dentigerous selalu dihubungkan dengan mahkota dari gigi yang belum mengalami erupsi atau gigi yang sedang tumbuh (kata “dentigerous” berarti mengandung unsur gigi). Kista dentigerous biasa juga disebut sebagai kista folikular karena berasal dari organ email atau folikel gigi. Kista dentigerous mengelilingi mahkota gigi yang belum erupsi dan melekat pada gigi sepanjang daerah servikal. Kista dentigerous biasanya terbentuk pada gigi impaksi dan gigi supernumerari permanen.¹

2.3.3.1 Etiologi dan patogenesis

Kista dentigerous atau kista folikular adalah tipe kedua dari kista odontogenik yang paling sering di temui, dan merupakan kista yang paling sering sekali ada di rahang. Dari definisinya, kista ini melekat pada cervix gigi (*enamel-cemento junction*) dan berdekatan dengan mahkota gigi yang unerupsi.¹

Kista dentigerous berkembang dari proliferasi enamel yang tersisa atau pembentukan epitelium enamel. Sama seperti kista tipe lain, ekspansi dari kista tipe ini berhubungan dengan proliferasi epitel, menghilangkan tulang- faktor resorpsi, dan meningkatnya cairan osmolalitas kista.¹

2.3.3.2 Gambaran klinis

Kista dentigerous yang belum mengalami komplikasi seperti kista lainnya tidak akan menyebabkan gejala sampai pembesarannya nyata terlihat. Meski gejala biasanya tidak ada, dengan terlambatnya erupsi gigi semakin besar pula indikasi

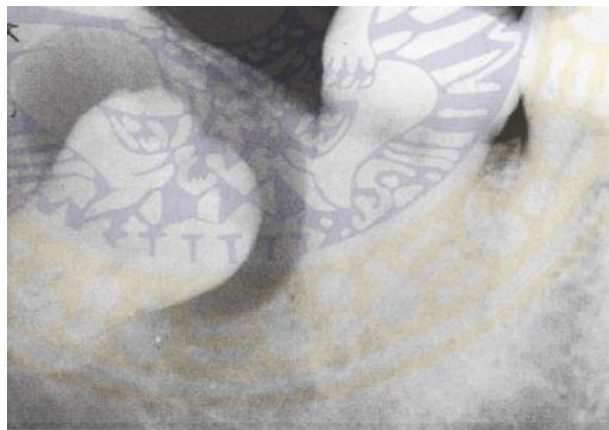
terjadinya kista dentigerous. Jenis kista dentigerous yang berhubungan dengan erupsi gigi sulung dan tetap pada anak dinamanya kista erupsi atau kista hematoma. Secara klinis, lesi tampak sebagai pembengkakan alveolar (ridge) alveolar di atas tempat gigi yang sedang erupsi. Saat rongga kista sirkumkoronal berisi darah, pembengkakan tampak ungu atau sangat biru sehingga dinamakan erupsi hematoma.¹

Kista dapat memiliki berbagai macam ukuran, dari yang pembesarannya berlangsung lambat pada kantong perikoronar hingga yang meliputi seluruh badan dan ramus mandibula serta sebagian tulang rahang. Kista pada rahang bawah biasanya dijumpai lebih besar dibanding rahang atas. Kista dentigerous biasanya soliter, bila multipel mungkin terjadi bersamaan dengan sindrom karsinoma sel basal nevoid.¹

2.3.3.3 Gambaran radiologi

Kista dentigerous tampak berupa gambaran radiolusen simetris, unilokular, berbatas tegas, dan mengelilingi mahkota gigi yang tidak erupsi (impaksi). Kecuali terinfeksi sehingga tepinya berbatas buruk, pertumbuhan kista yang lambat dan teratur, membuat kista dentigerous mempunyai tepi sklerotik yang berbatas tegas, dengan korteks yang jelas, dan ditandai dengan garis batas radiopak yang tipis. Gambaran radiografis kista ini perlu dibedakan dengan gambaran keadaan normal dari sirkumkoronal atau ruang folikular. Pada kasus yang lain, daerah radiolusen dapat muncul menyusup ke arah lateral dari mahkota gigi, terutama jika kista relatif besar ukurannya atau jika telat terjadi perubahan posisi gigi dari tempatnya.¹

Diantara 37% gigi molar tiga yang impaksi pada mandibula dan 15% gigi molar tiga yang impaksi pada maksila yang memperlihatkan radiolusen pada daerah perikoronar, hanya 11% yang kemungkinan besar diduga sebagai kista dentigerous. Biasanya ruangan perikoronar yang mencapai 2,5 mm atau lebih dapat dipertimbangkan sebagai jarak minimal untuk dapat didiagnosis sebagai kemungkinan kista dentigerous. Kista dentigerous harus dapat dibedakan dengan pembesaran kantong folikel. Tidak ada perbedaan nyata antara sebuah folikel gigi dan kista dentigerous yang berukuran kecil, namun gambaran radiolusen berukuran 3-4 mm atau lebih mengindikasikan adanya pembentukan suatu kista.¹



Gambar 2.5 : Gambaran radiologis kista dentigerous

Sumber : **Cysts of the oral and maxillofacial regions 4th**, Shear M, Speight P, Blackwell Munsgaard

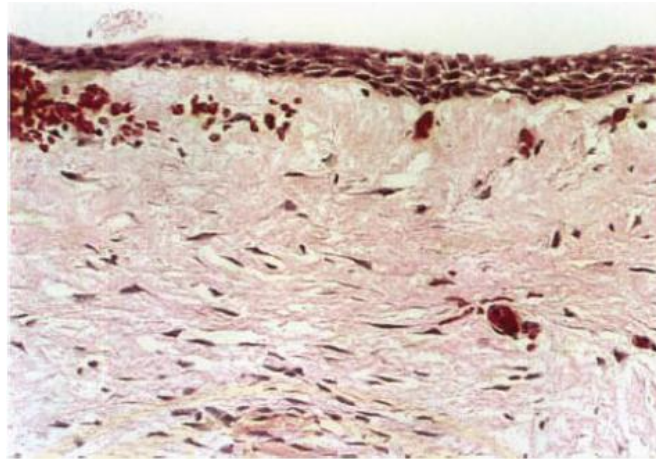
2.3.3.4 Gambaran histopatologi

Gambaran histopatologis kista dentigerous bervariasi, umumnya terdiri atas lapisan dinding jaringan ikat tipis, dilapisi epitel gepeng berlapis tak berkeratin yang bersatu dengan sisa epitelium email, meliputi atau melekat pada bagian leher

mahkota gigi. Kista dentigerous terlihat jelas membentuk keratin oleh karena metaplasia.

Pada kista dentigerous yang tidak meradang, lapisan epitelnya terdiri atas 2 sampai 4 lapisan sel epitelium tak berkeratin serta jaringan ikat di bawahnya menjadi rata. Dinding jaringan ikat subepitel ini tidak tersusun dengan baik dan mengandung bahan dasar glikosaminoglikan yang cukup banyak. Dinding jaringan ikat subepitel berbentuk kapsul yang biasanya tersusun oleh jaringan kolagen yang agak padat. Pada kista dentigerous yang mengalami peradangan atau mengalami infeksi sekunder, lapisan epitel mengalami hiperplasia, terjadi akantosis dengan perkembangan *rete peg* dari epitel skuamosa. Pada kista dentigerous yang terinflamasi, dinding fibrosa lebih padat kolagen sehingga lebih kenyal, dengan bermacam-macam infiltrasi dari sel radang kronis. Pada lapisan epitelial juga terlihat bermacam-macam ukuran hiperplasia dengan perkembangan dari *rete ridges*.

Pada beberapa kasus ditemukan kista dentigerous yang mengandung pigmen melanin dan melanosit pada lapisan dinding epitel. Kadang-kadang tampak dinding epitel dengan atau tanpa permukaan keratinisasi yang halus dan banyak granular dari pigmen melanin yang terdistribusi di sel basal pada lapisan epitel. Sel mukus dapat tersebar dalam epitel kista dentigerous. Di dalam dinding fibrosa kista terkadang ditemukan sel kolumnar atau sel kuboidal yang memiliki bulu getar dan kumpulan sel sebacea berukuran kecil. Unsur-unsur mukus, bulu getar, dan sebacea dapat merupakan petunjuk adanya potensi lapisan epitelial odontogenik dalam kista dentigerous.¹



Gambar 2.6 : Gambaran histopatologis kista dentigerous

Sumber : **Cawson's Essentials of oral pathology and oral Medicine 8th**, Cawson RA, Odell EW, Churchill Livingstone

2.3.3.5 Penatalaksanaan

Pengangkatan gigi penyebab dan enukleasi dari jaringan lunak merupakan terapi yang paling sering di gunakan. Pada kasus dimana kista mengenai mandibula secara signifikan, perawatan awal termasuk exteriorisasi atau marsupialisasi dari kista dapat dilakukan untuk menekan dan penyusutan dari lesi, dengan demikian menghasilkan penundaan tindakan bedah.¹¹

Kemungkinan komplikasi dari kista dentigerous yang tidak dirawat termasuk adanya transformasi dari epitel lining hingga menjadi ameloblastoma dan mungkin (walau jarang) bertransformasi menjadi carcinomatous. Pada kasus dimana terdapat keberadaan sel mukous, perkembangan menjadi intraosseous mucoepidermoid carcinoma mungkin dapat terjadi.¹¹

2.3.4 Kista erupsi

Kista erupsi merupakan kista yang dinding epitelnya mempunyai hubungan dengan mahkota gigi susu atau kadang-kadang gigi tetap yang sedang erupsi. Kista terbentuk dalam gusi di atas mahkota gigi yang sedang erupsi karena terjadi akumulasi cairan jaringan atau darah di dalam suatu ruang folikular yang membesar di sekitar mahkota gigi yang erupsi. Kista ini dapat unilateral atau bilateral, satu atau multipel, dan congenital, dan jarang menyebabkan pergeseran gigi. Paling sering ditemukan pada rahang atas dan pada jenis kelamin wanita.¹

2.3.4.1 Gambaran klinis

Tampak sebagai pembengkakan gusi yang lunak dan translusen dan bila berisi darah akan tampak biru keunguan, yang dinamakan hematoma erupsi. Umumnya tidak memerlukan tindakan bedah karena kista pecah secara spontan sehingga memungkinkan gigi untuk erupsi.¹

2.3.5 Kista gingiva dan palatal pada bayi baru lahir

2.3.5.1 Patologi

Kelompok kista ini berasal dari sisa lamina dentis berbentuk kista kecil berisi keratin, terletak superficial pada mukosa alveolar bayi yang baru lahir. Kista gingiva terletak pada atau dekat permukaan gingiva, berasal dari sisa lamina dentis. Kista biasanya berbentuk tonjolan kecil dan umumnya lebih dari satu dengan warna putih sampai keunguan dan merupakan *epithelial inclusion cyst* yang mungkin dihasilkan dari fusi epitel selama proses fusi palatum pada masa embrional. Kista palatal

dijumpai pada hampir semua embrio manusia setelah 4 bulan *in utero* dan pada minimal 80% bayi baru lahir, dengan lokasi pada persambungan palatum molle dan durum dekat *raphe* median. Kista menjadi superfisial dan pecah, biasanya dalam beberapa bulan pertama kehidupan (bayi berumur beberapa bulan).¹

2.3.5.2 Gambaran klinis

Tampak sebagai tonjolan kecil atau papula kecil keputihan yang umumnya multipel, dan biasanya terletak di lingir alveolar. Ini adalah kista yang sering ditemukan terutama pada maksila, dan kista ini biasanya tidak mempunyai gejala.¹

2.3.5.3 Gambaran histologi

Umumnya berukuran kira-kira 1 mm atau lebih kecil diameternya, dibatasi oleh epitel gepeng berlapis dan sering berisi lapisan keratin yang konsentris.¹

2.3.6 Kista gingiva pada orang dewasa

2.3.6.1 Patologi

Merupakan kista yang jarang ditemukan dan dianggap merupakan bagian kista periodontal lateral pada jaringan lunak. Berasal dari sisa-sisa lamina dentis pada gingiva. Kadang-kadang epitel permukaan atau epitel *crevicular* gingiva merupakan asal dari kista ini. Lokasi tipikal pada gingiva atau mukosa alveolar regio kaninus premolar bawah. Umumnya ditemukan pada usia pertengahan atau dewasa.¹⁰

2.3.6.2 Gambaran klinis

Kista ini tidak menimbulkan gejala dan jarang membesar melebihi diameter 10 mm. Bila membesar dapat menyebabkan penonjolan tulang kortikal menampilkan bayangan biru translusen.¹

2.3.7 Kista keratosis odontogenik

Pada tahun 1956, istilah “*odontogenic keratocyst*” (kista keratosis odontogenik) diperkenalkan untuk menamai semua jenis kista pada rahang yang mengandung keratin. Kista keratosis odontogenik merupakan bentuk khusus dari kista odontogenik perkembangan yang memberikan gambaran histopatologis, gambaran klinis, dan gambaran mikroskopis yang khas. Kista ini terbagi atas dua jenis, yaitu jenis ortokeratin dan parakeratin. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, insidensi kista ini adalah sekitar 3% sampai 11% dari keseluruhan kista odontogenik.¹

2.3.7.1 Etiologi dan patogenesis

Kista keratosis odontogenik merupakan kelainan perkembangan yang berasal dari epitel odontogenik. Kista keratosis odontogenik dapat terjadi selama proses pembentukan gigi belum sempurna, yaitu pada tahap *bell stage*. Kista keratosis odontogenik dapat berasal dari proliferasi sel basal dari epitel mulut. Terdapat akumulasi pulau-pulau epitel di dalam mukosa superfisial kista keratosis odontogenik yang telah dieksisi, terutama pada ramus asendens.¹¹

Dari hasil penelitian terlihat bahwa ada dua sumber epitel tempat asal kista keratosis odontogenik, yaitu pertama, lamina dentis pada rahang atas maupun rahang

bawah atau sisa-sisanya sebelum pembentukan gigi sempurna dan kedua adalah proliferasi sel basal dari epitel mukosa mulut yang menutupinya.¹

2.3.7.2 Gambaran klinis

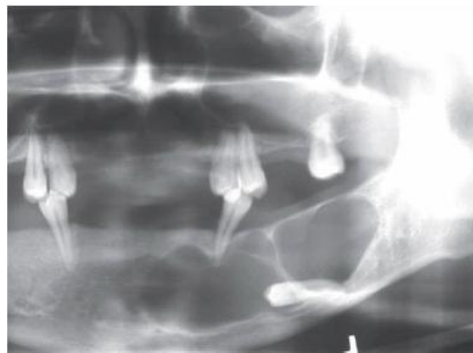
Kista keratosis odontogenik yang kecil biasanya tidak menimbulkan gejala, gejala baru tampak saat terjadi perluasan kista dalam tulang atau terjadi peradangan. Pada keadaan ini, 50% penderita menunjukkan gejala klinis berupa pembengkakan yang terlihat licin dan kadang-kadang timbul di daerah fasial dan lingual dari tulang rahang, terlihat menonjol. Gejala klinis lainnya adalah parestesi pada bibir, gigi tanggal, dan sakit.⁹

Bila terdapat di rahang bawah akan mengalami perluasan ke bagian tubuh serta ramus mandibula. Kista keratosis odontogenik cenderung menjadi besar dan umumnya multilokular. Dapat ditemukan pada semua usia dari bayi sampai orang dewasa. Sekitar 60% kasus kista ini ditemukan antara usia 10-40 tahun, dengan puncak insidensinya adalah antara usia 20-30 tahun, meski ada juga yang mengatakan insidensi tertingginya terjadi pada usia 50-70 tahun.¹

2.3.7.3 Gambaran radiologi

Gambaran radiografi kista ini memberikan gambaran radiolusen unilokular dengan batas yang jelas dengan tepi yang radiopak dan rata. Kista keratosis odontogenik dapat membesar dan berbentuk multilokular sehingga menyerupai ameloblastoma. Kista keratosis odontogenik yang multilokular mempunyai gambaran radiografis yang mirip dengan ameloblastoma tetapi dinding tulangnya sklerotik dengan batas korteks yang lebih jelas.¹

Kista keratosis odontogenik tipe ortokeratin umumnya bersifat radiolusen unilokular dengan gigi yang terlibat cenderung mengalami pergeseran. Namun, pada beberapa kasus, kista keratosis odontogenik tipe ortokeratin menunjukkan adanya radiolusen multilokular. Biasanya tipe ortokeratin terjadi di sekitar gigi molar tiga rahang bawah dengan ukuran yang bervariasi dari diameter 1 cm sampai dengan 7 cm. Sebanyak 50% kasus kista keratosis odontogenik tipe parakeratin berhubungan dengan gigi impaksi. Tipe parakeratin biasanya multilokular atau membuat sklerotik dengan batas korteks yang jelas.¹



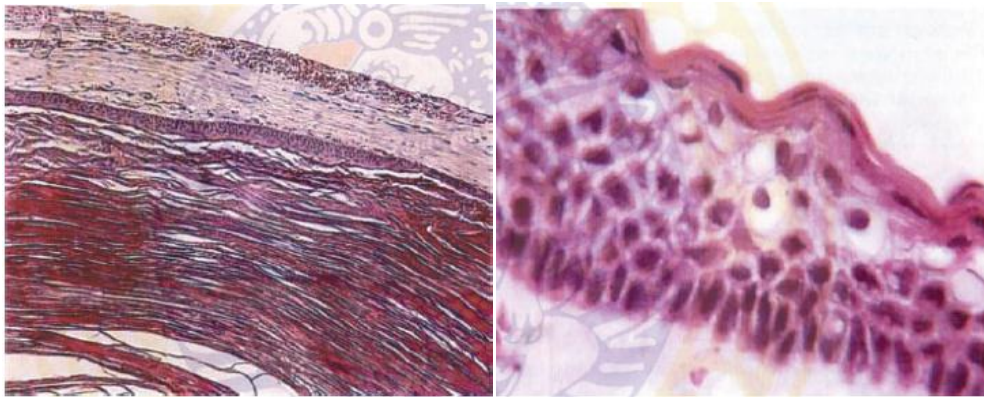
Gambar 2.7 : Gambaran radiogis kista keratosis odontogenik

Sumber : **Cysts of the oral and maxillofacial regions 4th**, Shear M, Speight P, Blackwell Munsgaard

2.3.7.4 Gambaran histopatologi

Gambaran khas kista keratosis odontogenik secara mikroskopis adalah adanya dinding kista yang tipis. Lapisan epitel ini sangat tipis, umumnya kurang dari 2 mm. Lapisan epitelnya tersusun oleh epitel skuamosa bertingkat yang seragam, biasanya ketebalannya sekitar enam sampai delapan epitel. Tidak seperti kista odontogenik lainnya, pada kista keratosis odontogenik, dinding epitel tidak bersentuhan atau

terpisah dari lapisan jaringan ikatnya. Komponen jaringan ikat fibrosa dari dinding kista biasanya tipis dan longgar atau berbentuk mikroid.¹



(a)

(b)

Gambar 2.8 : Gambaran histopatologis kista keratosis odontogenik (a) pada lapisan ortokeratin (b) pada lapisan parakeratin

Sumber : **Cawson's Essentials of oral pathology and oral Medicine 8th**,Cawson RA,Odell EW,Churcill Livingstone

2.3.7.5 Penatalaksanaan

Bedah eksisi dengan kuretase peripheral osseous atau ostectomy merupakan metode yang dapat dilakukan. Tindakan yang agresif ini dapat benarkan karena rekurensi yang tinggi yang berhubungan dengan OKCs. Beberapa juga menganjurkan penggunaan chemical kauterisasi pada kista dengan menggunakan solusi *Carnoy's (biologic fixative)*. Pada beberapa kasus dengan OKCs yang besar, dapat dilakukan marsipulisasi untuk mendapatkan penyusutan dari kista, yang kemudian diikuti dengan enukleasi.¹¹

2.3.8 Kista odontogenik yang mengalami kalsifikasi

Kista odontogenik yang mengalami kalsifikasi merupakan kista yang jarang ditemukan dan berasal dari sisa epitel odontogenik dalam tulang rahang atau dalam jaringan gingiva. Kista ini dinamakan juga kista Gorlin. Distribusi kista ini di rahang atas dan bawah sama banyak. Dapat terjadi di setiap usia dan mencapai puncaknya pada usia dekade ke-2 dan ke-3. Sebagian besar kasus ditemukan di region insisif dan kaninus.¹

2.3.8.1 Gambaran klinis

Umumnya kista berdiameter kurang dari 3 cm meskipun ada kasus yang dapat mencapai diameter 12 cm.¹

2.3.8.2 Gambaran radiologi

Gambaran radiografi kista ini tampak sebagai radiolusen unilokular dengan batas jelas tetapi dapat juga multilokular. Pada sebagian kasus, daerah radiolusen dapat mengandung massa radiopak yang tersebar. Sebanyak sepertiga kista ini berhubungan dengan gigi impaksi. Lokasi lainnya yang umum adalah antara akar-akar gigi.¹

2.3.9 Kista odontogenik glandular

Kista glandular odontogenik, atau bisa di sebut juga dengan kista sialoodontogenik, yang mana pertama kali di jabarkan pada tahun 1987 dan memiliki gambaran histologis yang menunjukkan produksi mukus tumor glandula saliva.¹

2.3.9.1 Gambaran klinis.

Yang paling banyak berada pada mandibula (80%), terutama pada regio anterior rahang bawah. Lesi maksila biasa terjadi pada bagian anterior. Ekspansi rahang jarang terjadi, biasanya berhubungan dengan lesi mandibular. Rasio gender kira-kira 1 banding 1. Pertengahan usia 50 tahun, dengan perluasan usia pada dekade ke-dua hingga ke-sembilan.¹

2.3.9.2 Gambaran radiologi

Kebanyakan kasus menunjukkan gambaran radiografi *multiloculated*. Pada kasus dengan gambaran radiolusen unilokular dengan adanya tanda awal, lesi rekuren dapat menjadi multilokular. Lesi menunjukkan ukuran yang bervariasi, dari kurang dari 1 cm hingga yang mengenai mandibular bilateral. Batas radiografi mungkin akan tampak jelas atau sklerotik. Lesi yang lebih agresif tampak pada penyakit periperal border.¹

2.3.9.3 Gambaran Histopatologis

Secara histopatologis, kista multilokular di batasi oleh epitelium tidak berkeratin dengan ketebalan tertentu dimana sel epitel diasumsikan berbentuk melingkar.

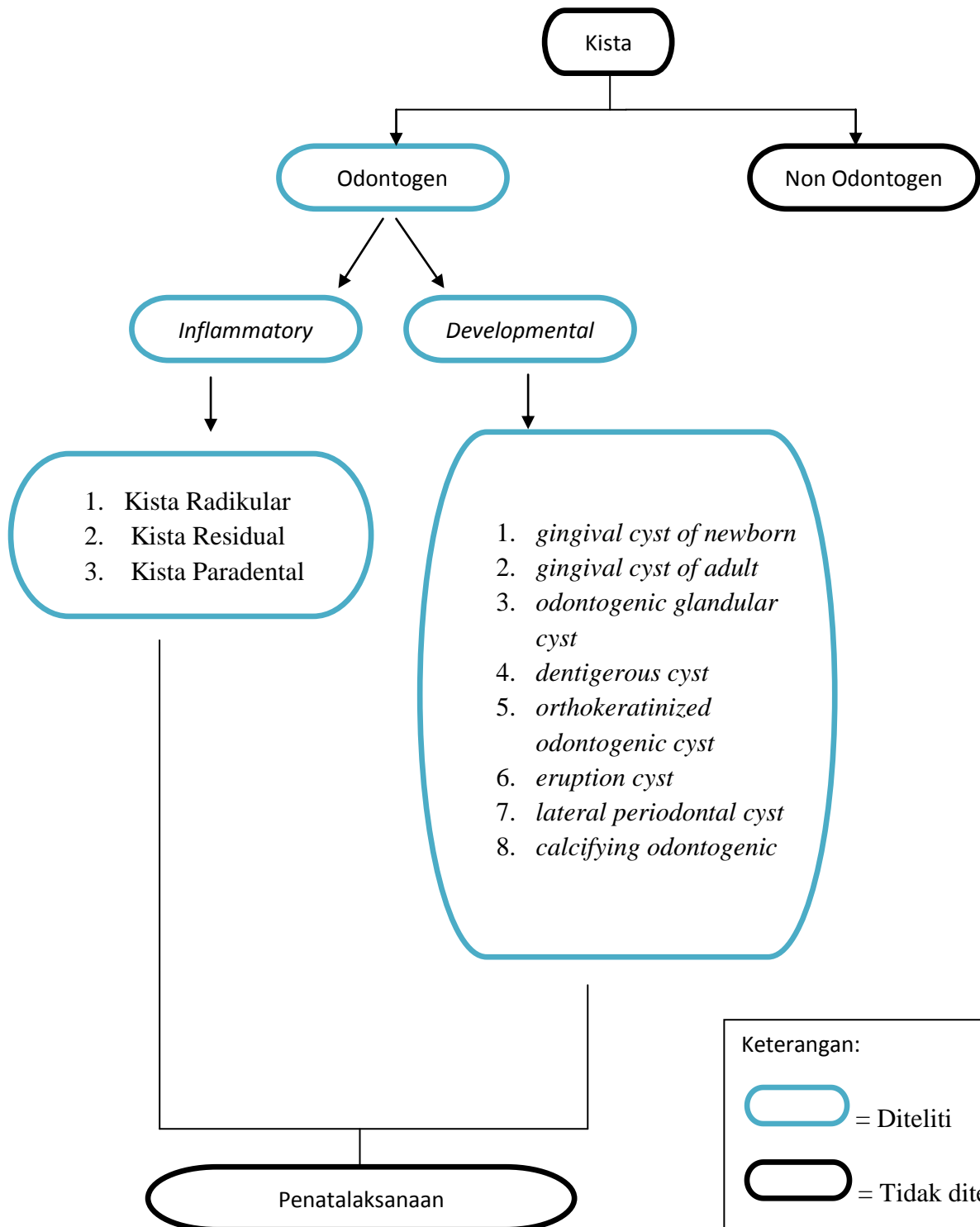
Epitelial lining mengandung sel kuboidal, sering ditemani dengan silia pada permukaan luminal. Sel mukous berkelompok pada batas kista bersama dengan *musin pools*. Secara keseluruhan histomorfologinya mengingatkan kita pada *carcinoma mucoepidermal* tingkat rendah.¹

2.3.9.4 Penatalaksanaan

Lesi dapat menjadi agresif maka dari itu rencana pembedahan harus memperhatikan perluasan penyakit melalui gambaran klinis dan radiografi. Dimana tulang yang kuat disisakan dari perluasan lesi kista, mungkin dapat digunakan kuretase bagian perifer atau eksisi dari margin. Perawatan jangka panjang mungkin harus diberikan pada penyakit yang agresif atau rekuren.¹

BAB III

KERANGKA KONSEP



BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1. Jenis penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Observasional Deskriptif.

4.2. Rancangan penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Cross Sectional Study.

4.3. Subjek penelitian

Pasien yang di diagnosis kista odontogenik rongga mulut di RS. Ibnu Sina dan RS. Sayang Rakyat pada tahun 2011-2015.

4.4. Tempat dan waktu penelitian

Tempat penelitian di rumah sakit Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat. Penelitian dilakukan pada bulan April-Mei 2016.

4.5. Kriteria sampel

4.5.1 Kriteria Inklusi

Data-data rekam medik pasien yang didiagnosis kista odontogenik rongga mulut pada bagian rekam medik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode tahun 2011-2015.

4.5.2 Kriteria Eksklusi

Tidak adanya faktor odontogen sebagai sumber terjadinya kista odontogenik rongga mulut pada bagian rekam medik Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat.

4.6. Alat dan bahan

Bahan yang digunakan berupa kartu status atau data foto rontgen dari bagian radiologi yang ada di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat tentang penderita kista odontogenik rongga mulut pada periode 2011 - 2015, sedangkan alat yang digunakan berupa pulpen, buku dan kalkulator untuk mencatat dan menghitung prevalensinya.

4.7. Definisi operasional variabel

Prevalensi kista odontogenik rongga mulut adalah jumlah orang yang mengalami kista odontogenik pada Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat.

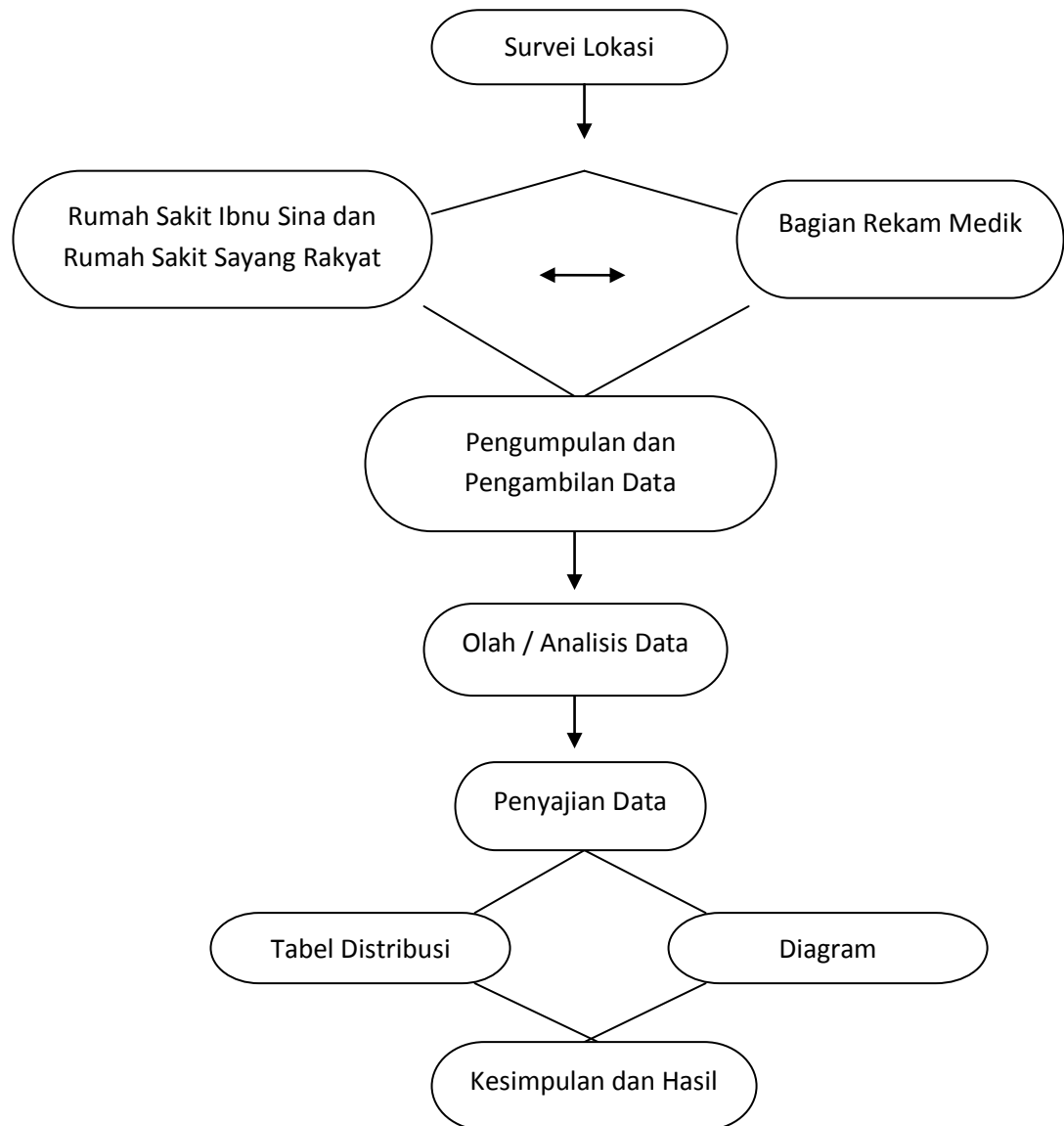
4.8. Teknik pengambilan sampel

Penelitian ini menggunakan teknik non-probability sampling yaitu purposive sampling.

4.9. Data

- a. Jenis data: data primer
- b. Pengolahan data: pengolahan data penelitian ini dilakukan dengan perhitungan secara manual
- c. Penyajian data: data disajikan dalam bentuk tabel dan diagram
- d. Analisa data: secara deskriptif yakni dengan membuat uraian secara sistematis mengenai keadaan dari hasil penelitian.

4.10. Alur penelitian



BAB V

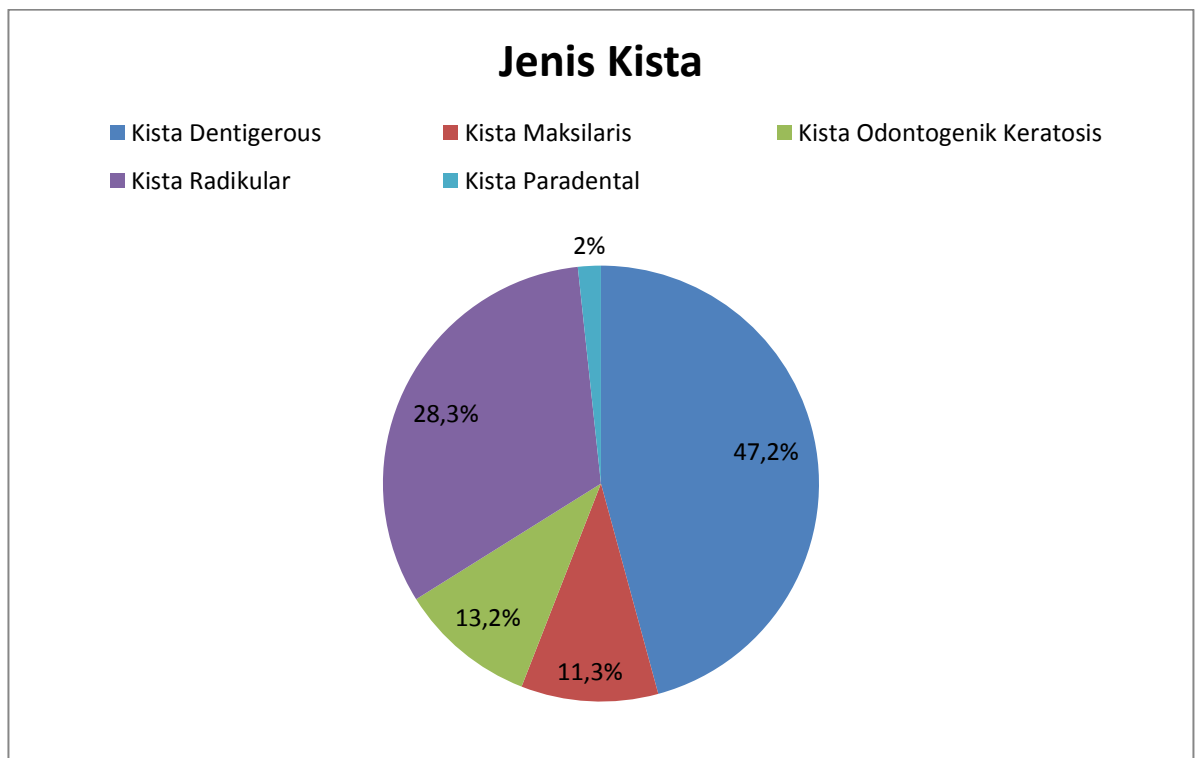
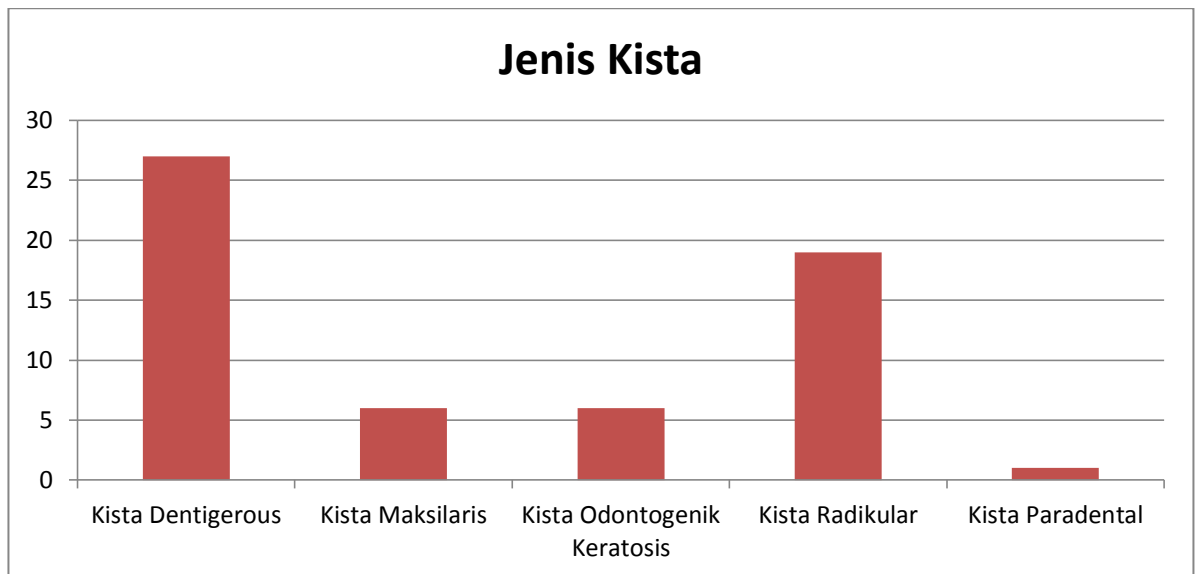
HASIL PENELITIAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan yaitu prevalensi terjadinya kista odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 yang dilakukan dibagian poli gigi dan rekam medik serta ruang operasi bedah mulut, pada bulan April-Mei. Yang kemudian di rekap data yang telah diperoleh berdasarkan data rekam medik poli gigi dan rekam medik serta operasi bedah, maka diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 5.1 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik

No	Tipe Kista	Jumlah	Persentase (%)
1	Kista Dentigerous	27	45,8
2	Kista Maksilaris	6	10,2
3	Kista Radikular	19	32,2
4	Kista Odontogenik Keratosis	6	10,2
5	Kista Paradental	1	1,6
Jumlah		59	100

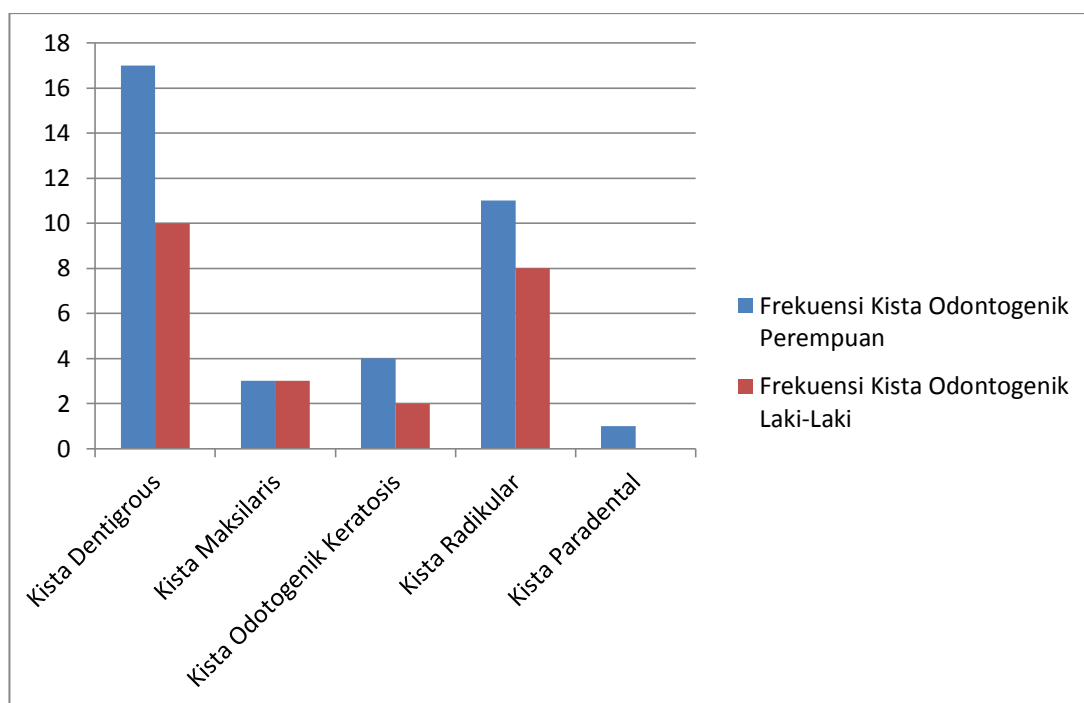
Diagram 5.1 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik.



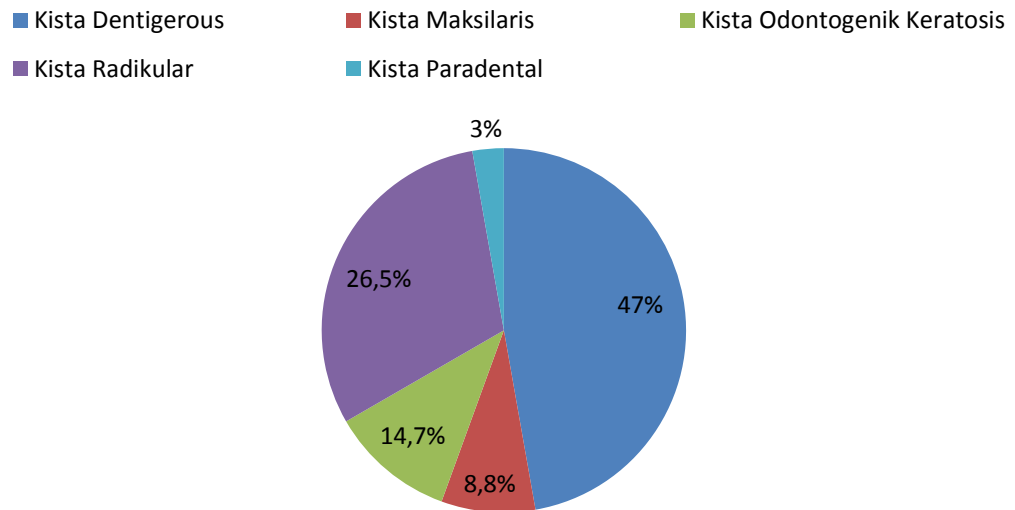
Tabel 5.2 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan jenis kelamin

Jenis Kista Odontogenik	Jenis Kelamin			
	Perempuan	Persentase	Laki-Laki	Persentase
	n	%		%
Kista Dentigerous	17	47,22	10	43,48
Kista Maksilaris	3	8,33	3	13,04
Kista Odontogenik Keratosis	4	11,11	2	8,7
Kista Radikular	11	30,56	8	34,78
Kista Paradental	1	2,78	-	-
Jumlah	36	100	23	100

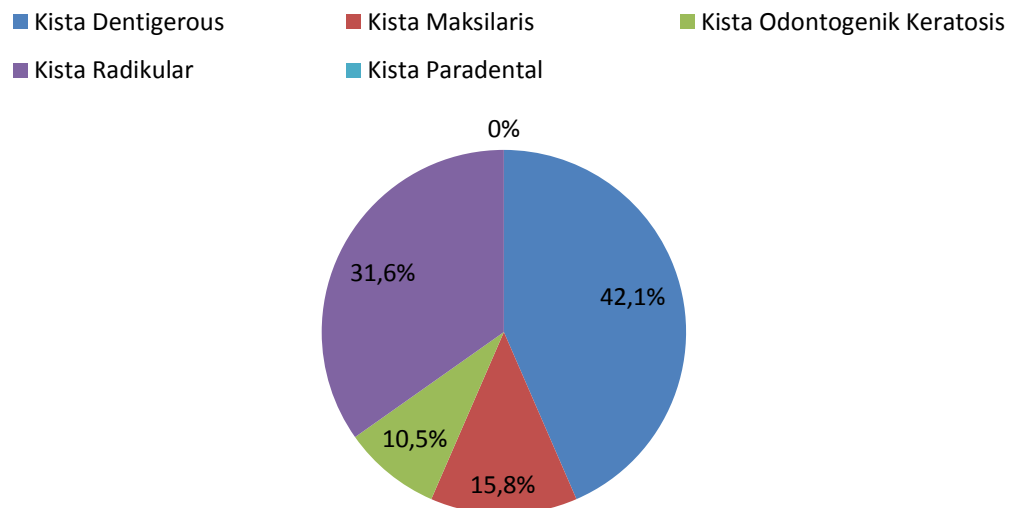
Diagram 5.2 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan jenis kelamin



Persentase Perempuan



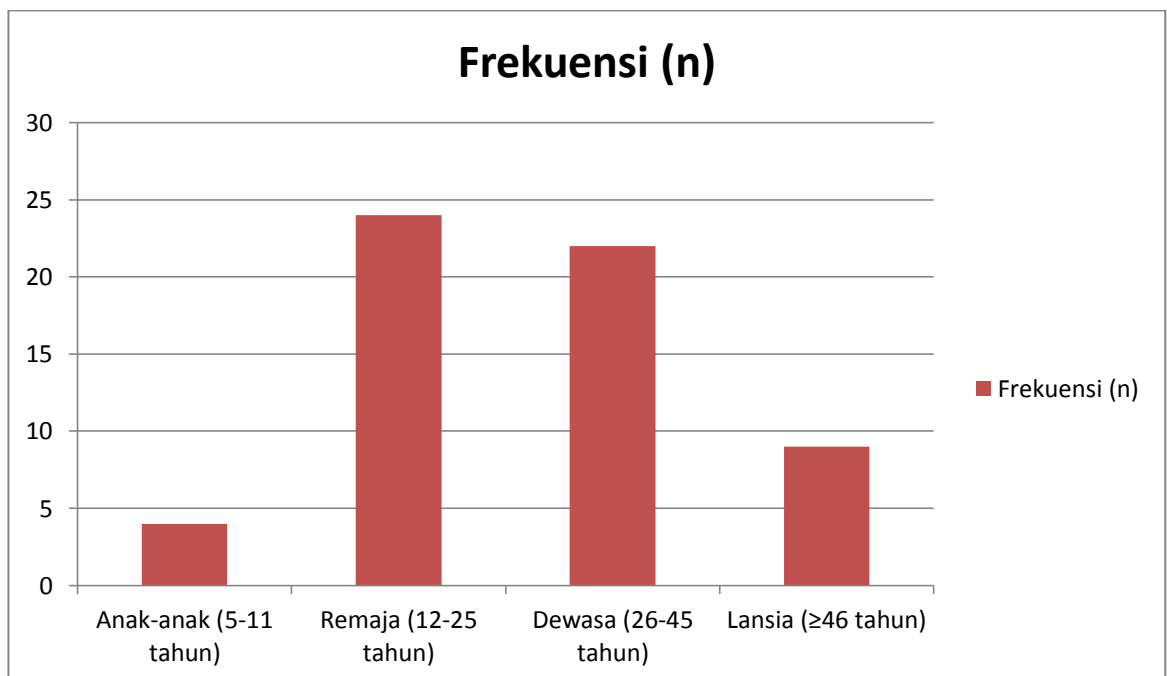
Persentase Laki-Laki

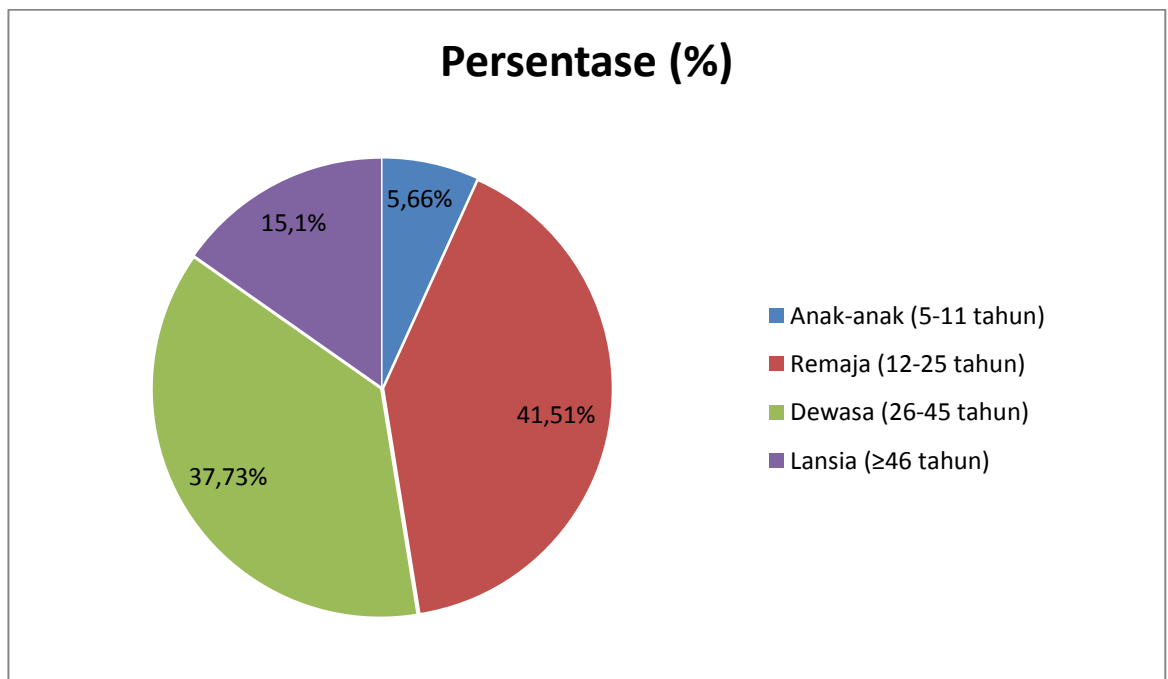


Tabel 5.3 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan kelompok umur

Kelompok Umur	Frekuensi(n)	Persentase(%)
Anak-anak (5-11 tahun)	4	6,78
Remaja (12-25 tahun)	24	40,68
Dewasa (26-45 tahun)	22	37,69
Lansia (> 45 tahun)	9	15,25
Jumlah	59	100

Diagram 5.3 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan kelompok umur

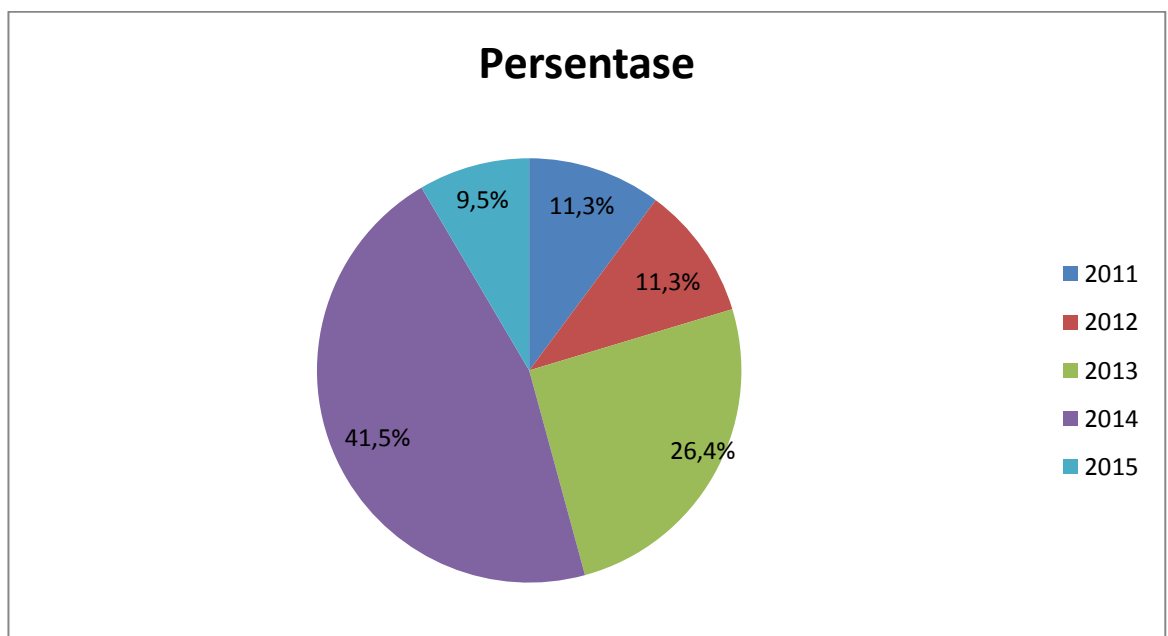
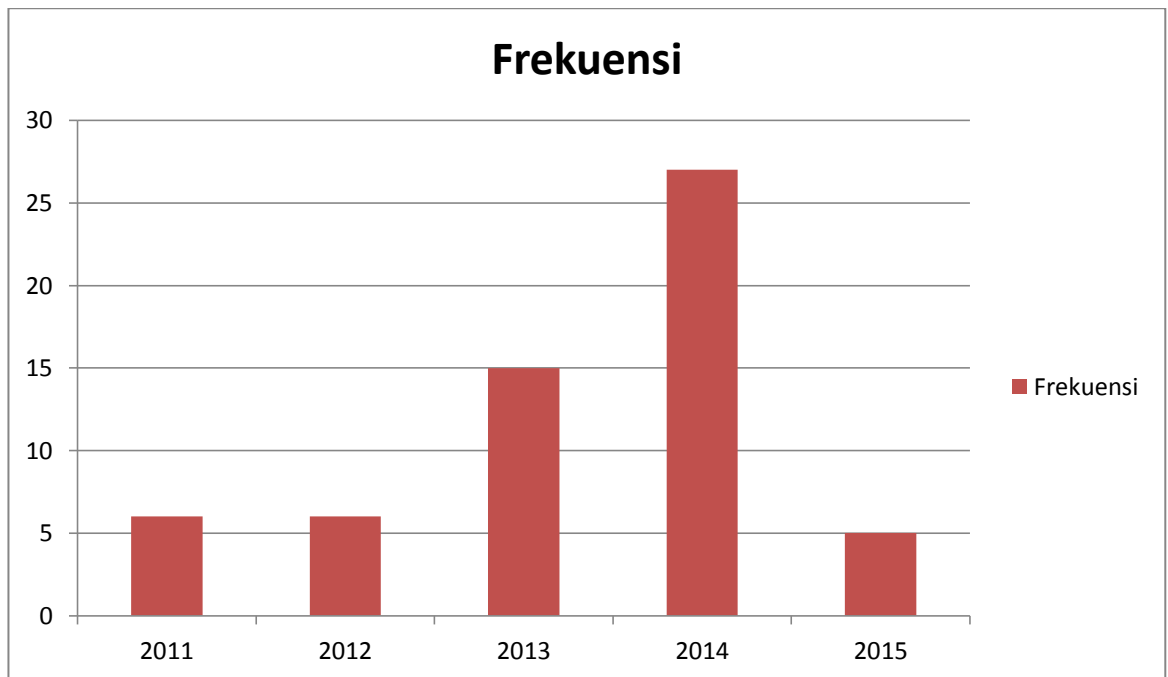




Tabel 5.4 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan rentangan tahun.

Tahun	Frekuensi (n)	Persentase(%)
2011	6	10,17
2012	6	10,17
2013	15	25,42
2014	27	45,76
2015	5	8,48
Jumlah	59	100

Diagram 5.4 Prevalensi terjadinya kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogenik dan rentangan tahun.



BAB VI

PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan yaitu prevalensi terjadinya Kista Odontogenik di Rumah Sakit Ibnu Sina dan Rumah Sakit Sayang Rakyat periode 2011-2015 yang dilakukan dibagian poli gigi dan rekam medik serta operasi bedah mulut, pada bulan April-Mei. Kemudian di rekap data yang telah diperoleh berdasarkan data rekam medik poli gigi, rekam medik dan operasi bedah, maka diperoleh hasil sebagai berikut:

Dari tabel 5.1 dan diagram 5.1 dapat dilihat bahwa pasien yang menderita kista odontogenik rongga mulut di RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogen yaitu, dari 59 orang (100%) yang diperiksa dan didiagnosa kista odontogen, didapatkan 27 orang (45,8%) menderita kista dentigerous, 6 orang (10,2%) menderita kista maksilaris, 6 orang (10,2%) menderita kista odontogenik keratosis, 19 orang (32,2%) menderita kista radikular, dan 1 orang (1,6%) menderita kista paradental. Oleh karena itu data yang didapatkan dari RS Ibnu Sina dan RS sayang Rakyat dapat disimpulkan bahwa kista yang paling banyak ditemukan adalah kista dentigerous. Meskipun pada jurnal Demirkol M, Ege B, Yanik S, Aras H, A Sinan dengan judul jurnal *Clinicopathological study of jaw cysts in southeast region of Turkey* melaporkan bahwa kista radikular merupakan kista yang paling banyak ditemukan diantara

kista odontogenik lainnya, yaitu berkisar 63%. Kista dentigerous menduduki peringkat kedua terbanyak yaitu sekitar 26,9% dari semua kista pada rahang.¹⁸ Namun berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kuhuwael F.G, Pieter N, Nasrul dengan judul jurnal yaitu *Kista odontogenik di Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar* menyatakan bahwa kista dentigerous merupakan kasus yang terbanyak ditemukan, yaitu 16 dari 18 kasus kista odontogenik sedangkan kista radikular hanya 2 kasus. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan, dimana kista dentigerous merupakan kista yang paling sering dijumpai dibandingkan dengan kista odontogenik lainnya.¹⁵ Selain itu hasil penelitian berdasarkan usia pada penelitian ini menyatakan usia remaja hingga dewasa memiliki prevalensi yang lebih tinggi dibanding usia lainnya dan ditemukan sebanyak 20 penderita kista dentigerous. Hal ini dapat berhubungan dengan bertumbuhnya gigi molar ketiga sebagai pemicu terjadinya kista dentigerous pada usia remaja hingga dewasa, sesuai dengan buku *Kista odontogenik: Pertumbuhan, perkembangan dan komplikasi* oleh Sudiono J yang menyatakan terdapat 37% gigi molar tiga yang impaksi pada mandibula dan 15% gigi molar tiga yang impaksi pada maksila yang memperlihatkan radiolusen pada daerah perikoronar.¹

Dari tabel 5.2 dan diagram 5.2 dapat dilihat bahwa pasien kista odontogenik rongga mulut di RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan jenis kelamin, dari 59 orang (100%) yang diperiksa dan didiagnosa kista odontogenik, didapatkan 36 orang pasien perempuan dan 23 orang pasien laki-laki yang menderita kista odontogenik. Hal ini sejalan dengan penelitian

yang dilakukan oleh Souza dkk pada judul jurnal *Odontogenic cyst: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period* yang menyatakan bahwa penderita kista odontogenik berdasarkan jenis kelamin lebih banyak dijumpai pada perempuan yaitu 570 dari 1019 populasi dimana laki-laki berjumlah 449 orang.¹⁶

Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kuhuwael F.G, Pieter N, Nasrul pada judul jurnal *Kista odontogenik di Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar* yang menyatakan bahwa dari 18 penderita kista odontogenik rongga mulut, 13 penderita diantaranya berjenis kelamin perempuan dan 5 penderita berjenis kelamin laki-laki.¹⁵

Oleh karena itu data yang didapatkan dari RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat periode tahun 2011-2015 dapat disimpulkan bahwa kista odontogenik berdasarkan jenis kelamin banyak terjadi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini memang sesuai bila melihat hasil penelitian badan pusat statistik (BPS) terbaru pada wilayah Makassar yang menyatakan bahwa komposisi penduduk perempuan lebih banyak daripada laki-laki dalam BPS presentase laki-laki 48,84% dan perempuan 51,16%.¹⁷ Pada jurnal Rao K, Smitha dkk dengan judul jurnal *Clinicopathological study of 100 odontogenic cyst reported at V S Dental College-A Retrospective Study* menyatakan bahwa prevalensi perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki, dimana hal ini juga sesuai dengan penelitian Ochsenius et al, Ledesma et al, tetapi berbeda dibanding penelitian yang lainnya dimana prevalensi laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan hal ini dikarenakan pada laki-laki biasanya memiliki kebersihan rongga mulut yang buruk sehingga lebih rentan terhadap trauma, adapun penelitian yang dilakukan duffo et al pada jurnal yang berjudul *Caries experience in*

a selected patient population in Mexico City, menyatakan bahwa frekuensi perempuan berkunjung ke dokter gigi lebih dominan dibandingkan laki-laki sehingga mengakibatkan pada penelitian ini pasien berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki.¹⁹

Dari tabel 5.3 dan diagram 5.3 dapat dilihat bahwa pasien kista odontogenik rongga mulut di RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan kelompok umur pasien, dari 59 orang yang terkena kista odontogenik yaitu pada kelompok umur anak-anak 5-11 tahun terdapat 4 orang penderita kista odontogenik, pada kelompok umur remaja 12-25 tahun terdapat 24 orang penderita kista odontogenik, pada kelompok umur dewasa 26-45 tahun terdapat 22 orang penderita kista odontogenik dan pada kelompok umur lansia >46 tahun terdapat 9 orang penderita kista odontogenik. Oleh karena itu data yang didapatkan dari RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian yang terlihat pada tabel 5.3 mengenai kelompok umur pada penelitian ini didapatkan rata-rata usia yang menderita kista odontogenik rongga mulut berkisar 12-45 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Selvamani M, Donoghue M, Basandi P.S dengan judul jurnal *Analysis of 153 cases of odontogenic cyst in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade* yang menyatakan bahwa seseorang berusia remaja dan dewasa lebih banyak terkena kista odontogenik rongga mulut dibanding usia lainnya.⁵

Untuk kasus kista odontogenik peneliti belum menemukan teori atau pendapat yang menyebutkan pada usia berapa seseorang rentan terkena kista odontogenik. Namun bisa dikaitkan dengan prevalensi terjadinya kista odontogenik terjadi seiring

dengan meningkatnya usia seseorang. Contoh kasus pada penderita kista dentigerous dimana usia rentan terjadi kista ini yaitu remaja hingga dewasa. Berdasarkan hasil penelitian ini menurut kelompok usia remaja hingga dewasa (12-45 tahun) terdapat penderita kista maksilaris sebanyak 6 penderita, kista radikular sebanyak 14 penderita, kista dentigerous sebanyak 20 penderita dan kista odontogenik keratosis sebanyak 5 penderita. Maka berdasarkan hasil penelitian ini disimpulkan kista dentigerous merupakan kista yang paling banyak dijumpai pada usia remaja hingga dewasa. Hal ini dapat berhubungan dengan bertumbuhnya gigi molar ketiga sebagai pemicu terjadinya kista dentigerous pada usia remaja hingga dewasa, yang dimana menurut Mhaske S, Ragavendra T, Doshi J, Nadaf I pada judul artikel *Dentigerous Cyst associated with impacted permanent maxillary canine* menyatakan pada kista dentigerous ini sering dikaitkan dengan erupsi gigi, frekuensi yang paling tertinggi terjadinya kista ini yaitu pada gigi molar tiga rahang bawah, gigi kaninus rahang atas, gigi premolar kedua rahang bawah, dan gigi molar ketiga rahang atas.²⁰ Sesuai juga dengan buku *Kista odontogenik: Pertumbuhan, perkembangan dan komplikasi* oleh Sudiono J yang menyatakan terdapat 37% gigi molar tiga yang impaksi pada mandibula dan 15% gigi molar tiga yang impaksi pada maksila yang memperlihatkan radiolusen pada daerah perikoronar.¹

Dari tabel 5.4 dan diagram 5.4 dapat dilihat bahwa pasien penderita kista odontogenik di RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan rentang selama 5 tahun terakhir 2011-2015, yang diperiksa dan didiagnosa pasien penderita kista odontogenik, didapatkan 6 orang yang menderita

kista odontogenik pada tahun 2011, 6 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2012, 15 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2013, 27 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2014, dan 5 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2015. Dalam hal ini peneliti belum mendapatkan penelitian yang menjelaskan tentang peningkatan dan penurunan tingkat kejadian kista odontogenik rongga mulut pertahunnya namun peneliti dapat menganalisa jika dilihat dari tingkat kesadaran dari masyarakat mengenai kesehatan gigi dan mulut masih terjadi penurunan dan peningkatan disetiap tahunnya karena pada tahun 2011 hingga 2012 terjadi peningkatan dari kesadaran masyarakat untuk menjaga kesehatan gigi dan mulut sehingga hanya sedikit yang terkena kista odontogenik, namun tahun 2013 terjadi penurunan kesehatan gigi dan mulut karena dapat dilihat dari hasil penelitian pada tahun 2013 banyak yang terkena kista odontogenik begitupun pada tahun 2014 dimana angka terjadinya kista odontogenik pada tahun ini adalah yang terbesar hingga pada tahun 2015 terjadi peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut sehingga pada tahun ini terjadi penurunan angka terjadinya kista odontogenik rongga mulut. Adanya penurunan dan peningkatan terjadinya kista odontogenik ini disebabkan belum stabilnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya kesehatan gigi dan mulut agar tidak terjadi penyakit ini, maka diperlukan sosialisasi yang lebih lagi pada masyarakat untuk mengetahui pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut, agar kesehatan gigi dan mulut di RS Ibnu sina dan RS Sayang Rakyat dapat meningkat. Oleh karena itu data yang didapatkan dari RS Ibnu Sina dan RS Sayang

Rakyat dapat disimpulkan bahwa sejak tahun 2011 sampai tahun 2015 ada 59 pasien yang menderita kista odontogenik rongga mulut.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, maka dapat disimpulkan yaitu :

1. Kasus kista odontogenik rongga mulut di RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan klasifikasi kista odontogen, dari 59 orang (100%) yang diperiksa dan didiagnosa kista odontogenik rongga mulut, didapatkan 27 orang (45,8%) menderita kista dentigerous, 6 orang (10,2%) menderita kista maksilaris, 6 orang (10,2%) menderita kista odontogenik keratosis, 19 orang (32,2%) menderita kista radikular, dan 1 orang (1,6%) menderita kista paradental. Oleh karena itu data yang didapatkan dari RS Ibnu Sina dan RS sayang Rakyat dapat disimpulkan bahwa kista yang paling banyak ditemukan adalah kista dentigerous.
2. Pasien kista odontogenik rongga mulut berdasarkan jenis kelamin, dari 59 orang (100%) yang diperiksa dan didiagnosa kista odontogen, didapatkan 36 orang pasien perempuan dan 23 orang pasien laki- laki yang menderita kista odontogenik. Oleh karena itu data yang didapatkan dari RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 dapat disimpulkan bahwa penderita

kista odontogenik rongga mulut berdasarkan jenis kelamin banyak terjadi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki.

3. Pasien kista odontogenik rongga mulut di RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan kelompok umur pasien, dari 59 orang yang terkena kista odontogenik yaitu pada kelompok umur anak-anak 5-11 tahun terdapat 4 orang penderita kista odontogenik, pada kelompok umur remaja 12 tahun terdapat 24 orang penderita kista odontogenik, pada kelompok umur dewasa 26-45 tahun terdapat 22 orang penderita kista odontogenik dan pada kelompok umur lansia >46 tahun terdapat 9 orang penderita kista odontogenik. Oleh karena itu data yang didapatkan dari RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 dapat disimpulkan bahwa penderita kista odontogenik rongga mulut berdasarkan kelompok umur berkisar 12-45 tahun.
4. Pasien kista odontogenik rongga mulut di RS Ibnu Sina dan RS Sayang Rakyat Periode Tahun 2011-2015 berdasarkan rentangan tahun selama 5 tahun terakhir 2011-2015, yang diperiksa dan didiagnosa pasien penderita kista odontogenik, didapatkan 6 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2011, 6 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2012, 15 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2013, 27 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2014, dan 5 orang yang menderita kista odontogenik pada tahun 2015.

7.2 Saran

1. Dokter gigi hendaknya mempunyai pengetahuan yang cukup mengenai kista odontogenik berdasarkan klasifikasi serta cara penatalaksanaannya.
2. Hendaknya dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai prevalensi kista odontogenik, agar dapatt menambah wawasan yang lebih dalam di bidang bedah mulut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sudiono J. Kista odontogenik : Pertumbuhan, perkembangan dan komplikasi. Jakarta: EGC; 2010: hal 1-6
2. Shear M. Kista Rongga Mulut edisi 3 : EGC; 2008: 1-5
3. Lalabonova H, Daskalov H. Jaw cysts and guided bone regeneration (a late complication after enucleation). Journal of IMAB vol.19 issue 4; 2013: pp 401-3
4. Acikgoz A, Bulut EU, Ozden B, Gunduz K. Prevalence and distribution of odontogenic and nonodontogenic cysts in a Turkish Population. Med oral Patol Cir Bucal; 2012 Jan I:17(1): pp 8-15
5. Selvamani M, Donoghue M, Basandi S. Analysis of 153 cases of odontogenic cysts in a South Indian sample population: a retrospective study over a decade. Braz oral res; 2012: 26(4): pp 330-4
6. Ali K, Munir F, Rahman A, Abbas I, Ahmad N, Akhtar MU. Clinico-radiographic study of odontogenic cysts at a tertiary care centre. J Ayub med coll abbottabad; 2014: 26(1): pp 92-4
7. Meningaud JP, Oprean N, Arnnop PP, Bertrand JC. Odontogenic cysts: a clinical study of 695 cases. Journal of oral sciences vol 48 no 2; 2006: pp 59-62
8. Urrutia SN, Figueiredo R, Escoda CG. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. Med Oral Patol Oral Cir Bucal; 2010: pp 767-73
9. Shear, M. Speight, PM. Cysts of the oral and maxillofacial regions, 4th edition. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2007: pp. 1-176
10. Nugraha A. Pola distribusi kasus kista odontogen pada instalasi gigi dan mulut rumah sakit kota surabaya periode 2010-2012. Perpustakaan Unair: Surabaya; 2013
11. Cawson, R, Odell, E, Porter, S. *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*, 7th ed, Churchill livingstone: Mosby Elsevier; 2012: p. 102, 103
12. Neville, BW, Damann, DD, Allen, C, Bouquot, J 2003, *Colour atlas of Clinical Oral Pathology*, 2nd ed, BC Decker: Hamilton, p. 381-02.
13. Regezi, J, Sciubba, J *Oral Pathology : clinical-Pathologic correlation*, 4th ed, Saunders : Philadelphia; 2012: p. 242.
14. Marx, E, Stern, D. *Oral And Maxillofacial Pathology*, 1st ed, Miami: Quintessence Publishing Co, Inc.; 2003: p. 579
15. Kuhuwael, FG, Pieter N, Nasrul. Kista Odontogenik di Rumah Sakit DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Jurnal Dentofasial vol 8 no.2 : Makassar; 2009. hal 80-7
16. Souza etc. Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010 Jul 1; 15 (4): pp 583-90.

17. Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Sulawesi Selatan, indikator sensus penduduk, berbagai tahun penerbitan.
18. Demirkol M, Ege B, Yanik S, Aras H, A Sinan. *Clinicopathological study of jaw cysts in southeast region of Turkey*. Turkey. European Journal of Dentistry Vol. 8 issue 1; 2014: pp 107-11.
19. Rao K, Smitha, S H Umadevi, N S Priya. *Clinicopathological study of 100 odontogenic cyst reported at V S Dental College-A Retrospective Study*. India. Journal of Advanced Dental Research Vol.II issue I; 2011: pp 51-7.
20. Mhaske S, Ragavendra T, Doshi J, Nadaf I. *Dentigerous Cyst associated with impacted permanent maxillary canine*. Bhanpur. People's Journal of Scientific Research Vol.2(2); 2009: pp 17-20

LAMPIRAN